FACULTE DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1932 N. 34

THÈSE présentée pour le DOCTORAT en médecine

par

Abraam VAINCHTOCK

né à Kichineff le 12 décembre 1905

interne à la maison de santé de Hoerdt

# La conception d'un quartier de sûreté pour aliénés criminels.

*Président: M. Pfersdorff, Professeur.*

Librairie Universitaire d'Alsace
Strasbourg
1932

# La conception d'un quartier de sûreté pour aliénés criminels.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548010_0045

FACULTE DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1932 N..... 34

THÈSE présentée pour le DOCTORAT en médecine

par

Abraam VAINCHTOCK

né à Kichineff le 12 décembre 1905

interne à la maison de santé de Hoerdt

# La conception d'un quartier de sûreté pour aliénés criminels.

*Président: M. Pfersdorff, Professeur.*

Librairie Universitaire d'Alsace
1, Place de l'Université
STRASBOURG
1932

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

| | | |
|---|---|---|
| *Doyen* | MM. | MERKLEN ✲ ⚜ I. |
| *Assesseur* | | NICLOUX ✲ ⚜ I. |

*Professeurs*

| | | |
|---|---|---|
| Embryologie | MM. | ANCEL ✲ ⚜ I. |
| Anatomie | | FORSTER ✲ ⚜ I. |
| Histologie | | BOUIN O. ✲ ⚜ I. |
| Physiologie | | SCHAEFFER ⚜ I. |
| Physique biologique | | VLES ✲ ⚜ I. |
| Chimie biologique | | NICLOUX ✲ ⚜ I. |
| Anatomie pathologique | | MASSON ✲ ⚜ I. |
| Pharmacologie, Médecine expérimentale | | SCHWARTZ ⚜ I. |
| Hygiène, Bactériologie | | BORREL C. ✲ ⚜ A. |
| Médecine légale | | CHAVIGNY C. ✲ ⚜ I. |
| Clinique médicale | | MERKLEN ✲ ⚜ I.<br>AMBARD ✲ ⚜ I. |
| Clinique chirurgicale | | LERICHE O. ✲ ⚜ I.<br>STOLZ ✲ ⚜ I. |
| Clinique ophtalmologique | | WEILL ⚜ I. |
| Clinique dermatologique | | PAUTRIER O. ✲ ⚜ I. |
| Clinique psychiatrique | | PFERSDORFF ✲ ⚜ I. |
| Clinique neurologique | | BARRE ✲ ⚜ I. |
| Clinique gynécologique et accouchements | | REEB ⚜ I. |
| Clinique infantile | | ROHMER ✲ ⚜ I. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | | CANUYT ⚜ A. |

*Professeurs sans chaire:*

MM. ARON Max ⚜ I.
BELLOCQ ⚜ I.
GERY ⚜ I.
MM. FONTES ⚜ A.

*Chargés de cours et Agrégés:*

MM. BENOIT
BLUM (Paul) O. ✲ ⚜ I.
GELMA ⚜ I.
GUNSETT ✲ ⚜ I.
HANNS ✲ ⚜ A.
HUMBERT ✲ ⚜ A.
KAYSER
KELLER ⚜ I.
MM. KREISS
LARROUSSE ⚜ A.
REISS
SIMON ✲ ⚜ A.
SIMONIN ✲ ⚜ A.
VAUCHER ✲ ⚜ A.
WEISS A.

*Chargés d'un cours complémentaire:*

MM. A. BOECKEL ✲ ⚜ A., MEYER M. ⚜ A., ROEDERER

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

## Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque

A MES CHERS PARENTS,

en reconnaissance des sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A MA FEMME.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PFERSDORFF,

Directeur de la clinique psychiatrique

nos remerciments profonds.

A MON MAITRE LE DOCTEUR ARSIMOLES,

Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Hœurd,

témoignage d'une profonde affection.

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine de Strasbourg.

A MES AMIS.

# AVANT-PROPOS.

Parmi les questions qui touchent à l'assistance des aliénés, il y en a peu qui aient été étudiées aussi longuement et aussi complètement que l'assistance des aliénés criminels. L'idée de séparer des autres les malades ayant commis des actes graves est apparue pour la première fois en 1800 en Angleterre, à la suite d'un attentat commis par un aliéné sur la personne du roi Georges III; en 1812 en Allemagne; en 1828, avec Georget, en France. Depuis lors, la création des asiles spéciaux pour aliénés criminels, les études théoriques sur l'organisation et le fonctionnement de ces asiles, les discussions sur les principes auquels doit répondre l'assistance de ces malades, ont rempli tout le XIX$^{e}$ siècle sous forme de rapports, de discussions dans des sociétés savantes ou de vœux au Parlement. Le document le plus détaillé qui existe sur l'historique de cette question est le rapport de Sérieux, publié en 1903, sur l'assistance des aliénés en France et dans divers pays étrangers.

Cet auteur a pu constater dans son enquête que les vœux de tous les psychiâtres étaient réalisés en Angleterre, en Italie et plus particulièrement en Allemagne, où cette assistance spéciale avait atteint un haut degré de perfection.

Depuis la publication de ce rapport, et bien que les conclusions de nombreuses études sur le traitement des aliénés criminels fussent bien au point, la création des établissements pour aliénés criminels n'a que très peu avancé. Sous l'impulsion énergique

de Henri Colin a été fondée la section spéciale de l'asile de Villejuif destinée à remplacer le quartier de Gaillon et ouverte en 1910. Le retour de l'Alsace et de la Lorraine à la France nous a dotés de l'asile de Hœrdt pourvu d'un quartier de sûreté pour aliénés criminels et dangereux, qui a pris sous la direction du Dr. Arsimoles une extension plus grande. Ce sont les deux seuls établissements qui existent actuellement en France. Avec respectivement 150 lits d'un côté et 60 lits de l'autre, ils sont manifestement insuffisants pour le nombre d'aliénés criminels et dangereux qui devraient être traités en dehors des asiles d'aliénés ordinaires. A défaut d'une législation spéciale, tout reste en suspens dans notre pays, en attendant le vote toujours attendu et malheureusement retardé du projet de réforme de la loi de 1838. Le texte de loi qui est l'aboutissant de longues études sera, une fois promulgué, la charte de l'assistance des aliénés criminels et difficiles. Cependant les besoins de cette assistance sont actuellement parfaitement précisés en théorie, ainsi que les principes auxquels elle doit répondre. C'est de ces principes que devra s'inspirer la construction des établissements nouveaux. Mais si les directives générales qui s'imposeront aux administrations départementales, aux médecins chargés de créer de toutes pièces leurs services et aux architectes, sont bien établies, il y a cependant de nombreuses questions de détail, des problèmes particuliers qui ne pourront trouver leur meilleure solution que dans les lumières de l'expérience. D'autre part le fonctionnement du quartier de sûreté de Hœrdt, que nous suivons depuis les trois ans de notre internat, a la valeur d'une expérience des plus utiles, en faisant toucher du doigt à tout instant les lacunes ou les défauts de ce qui existe et les perfectionnements nécessaires.

Nous nous attacherons axclusivement, au cours de ce travail, à l'étude des quartiers de sûreté, en laissant de côté tout ce qui concerne les annexes psychiatriques des prisons, réservées aux prévenus soumis à une expertise mentale et aux détenus devenus aliénés en cours de peine.

Avant d'aborder notre travail, nous ne saurions manquer à un devoir qu'il nous est agréable de remplir.

Nous tenons à exprimer à Monsieur le Docteur Arsimoles notre très respectueuse et profonde gratitude pour l'intérêt qu'il

nous témoigne. Qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de notre sincère attachement et de notre profonde reconnaissance.

Depuis notre entrée dans son service, il n'a pas été seulement notre Maître et guide dans l'étude de la science qu'il aime et qu'il nous a appris à aimer, mais il a été aussi pour nous un précieux soutien aux moments difficiles de notre existence, chose que nous n'oublierons jamais. Les phrases de remerciements ne sont que des paroles; nous avons cru faire mieux en entreprenant ce travail dont le Dr. Arsimoles a été l'instigateur et le guide; ce travail est le fruit de son expérience vieille de dix ans dans le traitement des aliénés criminels et de ses travaux cliniques, qui l'ont amené à une conception en partie nouvelle, conception que nous nous efforcerons de traduire aussi fidèlement que possible.

Nous adressons notre reconnaissance à Monsieur le Professeur Pfersdorff, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse et qui nous a toujours témoigné une grande bienveillance.

## LES SERVICES EXISTANTS.

### *DESCRIPTION. — CRITIQUES.*

---

L'assistance des aliénés criminels se présente sous deux aspects : d'une part les principes directeurs de cette assistance, d'autre part les réalisations.

Nous venons de dire que les principes ont été longuement et minutieusement étudiés en France à la lumière des établissements existant à l'étranger. Nous ne referons pas l'historique des nombreux travaux publiés.

Depuis 1903, date de la publication du rapport de Sérieux (1), toute l'activité en France s'est portée sur le terrain législatif. Plusieurs projets de loi destinés à remplacer la loi du 30 juin 1838, ont vu le jour apportant chacun des textes progressivement améliorés. Sans remonter à la période de 1867 à 1898, au cours de laquelle ont été déposés la proposition Gambetta-Magnin (1869-1870), le projet de loi Roussel (1872), le projet du gouvernement de 1882 adopté par le Sénat en 1887, la proposition Reinach-Lafont (1890-1893), nous citerons le projet Dubief adopté par la Chambre des Députés en 1907, transmis au Sénat et rapporté par M. Strauss en 1912 et que la guerre a empêché d'aboutir ; le projet de loi Grinda (1922), le projet du gouvernement de 1924 rapporté par M. Strauss en 1928. Ce dernier texte a fait l'objet

---

(1) Sérieux. — L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse, 1903.

d'une première discussion récente devant la Haute-Assemblée. Tous les projets présentés depuis 1902 contiennent des dispositions spéciales visant les aliénés criminels et dangereux, innovation précieuse suppléant au silence de la loi de 1838.

En attendant la nouvelle loi, l'organisation de l'assistance des aliénés criminels et difficiles en France reste en suspens. C'est ainsi qu'il n'existe que deux services affectés à ces malades : la 3e section de l'asile de Villejuif, créée par H. Colin pour remplacer le quartier d'aliénés criminels de Gaillon, et le quartier de sûreté de l'asile de Hœrdt.

Nous allons étudier successivement ces deux établissements dans leur organisation et leur fonctionnement. Nous examinerons dans quelle mesure ils répondent aux besoins et quels en sont les défauts et les lacunes, en insistant plus particulièrement sur les défauts du quartier de sûreté de Hœrdt que nous connaissons beaucoup mieux ; nous limitons notre étude volontairement à ces deux services : car il nous semble que pour juger des services d'une formule nouvelle, il faut y vivre, et suivre les malades au jour le jour pendant une période assez longue. C'est pourquoi nous nous abstenons d'étudier les établissements de l'étranger. Certains sont déjà anciens et ne peuvent nous apporter beaucoup d'enseignements. Nous ne connaissons rien des établissements les plus modernes que par les descriptions ou des rapports, et cela nous paraît insuffisant pour nous faire une opinion sur la façon de concevoir l'organisation idéale d'un établissement pour aliénés criminels. Du reste, si nous avions voulu chercher en Allemagne des modèles, nous croyons qu'il nous eût été difficile de nous en inspirer, en raison de la différence des mœurs et des conceptions sociales. Nous nous en tiendrons donc à ce qui existe déjà France, comme point de départ de l'exposé de la conception qui est devenue la nôtre sur l'organisation d'un quartier de sûreté.

* * *

3e *section de l'asile de Villejuif.*

Les éléments de notre exposé sur ce service nous sont fournis par le rapport de H. Colin.

Cette section comprend trois quartiers répartis dans deux pavillons. La population se monte à 66 malades environ, soit 22 par quartier.

Le 1er quartier est réservé aux malades difficiles, non travailleurs. Il ne contient que des chambres individuelles dont quelques-unes aménagées en cellules pour l'isolement. L'absence de dortoirs est une disposition heureuse au point de vue de la sécurité, vu le genre de malades qui constituent la population de ce quartier. Les chambres, disposées en deux rangées de part et d'autre d'un couloir central, donnent sur leur autre face sur deux cours-jardins, disposées de part et d'autre du pavillon. Ces deux cours, qui permettent de séparer les malades les plus calmes des plus dangereux, sont clôturées extérieurement par une grille assez haute que surmontent des glaces en verre armé d'une hauteur d'un mètre, n'offrant aucun point d'appui pour franchir la grille, — protection contre les évasions.

A un bout du bâtiment, une aile, formant la petite branche d'un T contient une rangée de cellules pourvues de deux portes : l'une sur le couloir intérieur, l'autre sur une galerie extérieure ouvrant sur de petites cours individuelles ne servant qu'à la promenade des malades strictement isolés. Un réfectoire et une salle de réunion, un bureau et une salle de bains complètent le rez-de-chaussée du pavillon.

Au premier étage, même disposition en T, avec couloir intérieur et galeries couvertes extérieures faisant le tour de trois faces du bâtiment. L'autre face contient, comme au rez-de-chaussée, des cellules d'isolement donnant sur une galerie extérieure.

Signalons spécialement que chaque chambre est pourvue de deux portes, double moyen d'accès pour le personnel permettant d'éviter des agressions. Trois ateliers y ont été disposés qui peuvent au besoin servir de chambres individuelles.

Les deuxième et troisième quartiers sont contenus dans un seul bâtiment, mais complètement séparés l'un de l'autre, et possèdent chacun leur cour particulière. La population de ces deux

quartiers est constituée par des malades tranquilles et travailleurs. Aussi existe-t-il deux dispositions nouvelles : dortoirs et ateliers.

Chacun de ces quartiers, occupé par 22 malades, possède 4 dortoirs de 4 lits, réunis à un bout du bâtiment, communiquant deux par deux et s'ouvrant sur la galerie couverte extérieure, qui fait ici encore le tour du bâtiment. Au centre de chaque étage sont répartis, de part et d'autre d'un couloir central, 9 ateliers avec un magasin attenant. Au deux bouts du pavillon existent, à chaque étage, des cellules disposées comme dans le premier quartier.

Au rez-de-chaussé, au-dessous des dortirs se trouvent la salle de réunion et les réfectoires de chaque quartier, et, en aile, le bureau médical et la salle de bains.

Notons certaines particularités de la construction.

Toutes les portes sont coupées dans leur moitié supérieure d'un vitrage divisé en petits segments (modèle de Hitzig). Pour les chambres d'isolement, les portes sont surmontées par des impostes spéciales à guillotine. Elles sont pourvues de deux verrous en plus de la serrure. Pour les ateliers, chambres individuelles et réfectoires, les portes sont encadrées par des fenêtres au nombre de 4, qui, s'ouvrant et se fermant de l'extérieur à l'aide d'une crémone, tournent sur pivot en laissant un espace de dix cm. de chaque côté. Cette disposition, excellente pour l'aération, ne permet guère les évasions.

Les serrures des portes ne s'ouvrent que du dehors, pour éviter : 1°) que les malades y introduisent des matières quelconques pouvant en empêcher le fonctionnement ; 2) pour forcer les infirmiers à se faire accompagner d'un de leurs collègues pour entrer dans une chambre.

Dans les chambres d'isolement, il y a un siège de cabinet d'aisance d'un modèle spécial, en faïence épaisse et placé sur un socle en ciment, de façon que l'on ne puisse l'arracher.

Les ateliers sont destinés à recevoir 3 malades, de sorte que la séparation en petits groupes est réalisée non seulement la nuit, mais aussi le jour, — obstacle aux complots. Les malades ne sont ensemble qu'au moment des repas et à la promenade, alors que les infirmiers sont en nombre suffisant pour empêcher toute tentative d'évasion ou d'agression.

Le travail consiste en reliure, cannage de chaises, fabrication de chaussons et tricotage. Des machines et outils sont mis à leur disposition. Les outils ont leur place assignée, et sont suspendus à un tableau bien en vue, pour permettre à un infirmier de s'assurer d'un coup d'œil donné à travers le vitrage qu'aucun outil n'est dissimulé par les malades : ce n'est qu'après avoir pris cette précaution qu'il est autorisé à ouvrir la porte de l'atelier.

Dans les dortoirs, les lits sont scellés au plancher. Ils sont garnis de sommiers métalliques d'un modèle particulier. Chaque matin, les malades sont astreints par le règlement à défaire leur lit, de façon que les infirmiers puissent contrôler si rien n'y est caché, et si le lit n'a subi aucune dégradation. Les malades pénètrent dans les dortoirs ou chambres d'isolement complètement dévêtus et trouvent leur chemise de nuit rangée au pied du lit.

Tout le mobilier est scellé au plancher. Le chauffage est assuré par la vapeur ; les bouches de chaleur sont placées à la partie supérieure des murs, hors de la portée des malades.

Eclairage électrique et au gaz. Les conduites de gaz ainsi que celles de l'eau sont d'un métal spécial, précaution prise pour éviter leur détérioration par les malades.

---

*Quartier de sûreté de l'aside de Hœrdt.*

Le quartier de sûreté de l'asile de Hœrdt, connu communément en Alsace sous le nom de «Maison Forte», a été remarquablement décrit par Gelma (1). Nous ne reprendrons pas cette description en détail ; nous devons cependant insister sur les particularités les plus remarquables qu'il présente.

Le quartier de sûreté de Hœrdt a été ouvert en 1912 pour recevoir des aliénés dangereux de trois départements d'Alsace et de Lorraine. Il avait été construit pour 50 à 60 malades. Il se composait jusqu'en 1926 d'un bâtiment unique dans lequel étaient

(1) Informateur des aliénistes et neurologistes 1920, p. 81.

renfermés tous les hommes aliénés particulièrement dangereux, dont l'internement y était ordonné par arrêté préfectoral.

Le bâtiment, en forme d'un rectangle très allongé, est du type caserne avec rez-de-chaussée et deux étages, sa façade antérieure s'ouvrant sur un jardin d'agrément où ne circule que le personnel de service. Sa façade postérieure donne sur une cour assez vaste, close d'un mur de quatre mètres de hauteur sur sa plus grande étendue, et de six mètres dans ses parties latérales les plus proches du bâtiment qu'elles rejoignent aux extrémités. A l'intérieur, les aliénés occupent le rez-de-chaussée et le premier étage. Chaque étage présente un couloir allongé sur toute la longueur du bâtiment, largement aéré et ensoleillé, et coupé en trois segments par des grilles. Le segment médian ouvre sur les locaux de service; les deux autres correspondent à deux sections de malades. Dans chaque section s'échelonnent de part et d'autre du couloir, deux dortoirs, une salle de réunion, quatre chambres d'isolement, lavabos, garde-robe et W. C. Une section du rez-de-chaussée, dont les dortoirs sont pourvus d'une baie grillée en pan coupé donnant sur la salle de réunion, est aménagée en section d'admission, de surveillance et d'observation continues. L'autre section du rez-de-chaussée contient des aliénés calmes, mais non travailleurs et est disposée de la même manière, à cela près que les dortoirs ne peuvent être utilisés que la nuit. Le cabinet médical, la cuisine, la chambre du chef de quartier, la loge du portier, le départ de l'escalier vers le premier étage et un couloir d'accès vers la cour sont réunis autour du segment central du couloir.

Cette disposition se répète au premier étage qui est affecté exclusivement aux malades travailleurs. Chacune des deux sections y comprend: deux dortoirs, un réfectoire, un atelier, quatre chambres d'isolement, garde-robe et W. C. Une salle de bains avec lavabos s'ouvre sur le couloir face à l'escalier et est commune aux deux sections.

L'escalier réunissant les étages est pourvu de grilles à chaque palier, de façon que le deuxième étage, auquel les malades n'ont jamais accès, est complètement isolé du reste du bâtiment: il sert à loger les infirmiers, et contient le vestiaire des malades et les armoires-vestiaires du personnel.

Une salle du rez-de-chaussée est aménagée en chapelle, avec une grille fermée à clef séparant le chœur des assistants.

Dans l'ensemble du bâtiment existent 16 chambres d'isolement à raison de 4 par section, toujours occupées. Chaque section abrite en moyenne 12 à 13 malades (chiffre variant un peu suivant le nombre de travailleurs) vivant en commun (6 par dortoir).

Telles sont les dispositions générales des locaux que les plans des deux étages ci-contre permettent d'embrasser d'un coup d'œil.

*Dispositif de sécurité :* — Les installations de sécurité donnent au quartier de sûreté sa physionomie très spéciale. Elles ont été étudiées jusque dans les moindres détails et, depuis l'article de Gelma, ont été renforcées peu à peu sous la pression des évènements.

Les grilles séparant les sections de chaque étage ont dû être doublées, de façon à limiter l'espace servant de salle de réunion du promenoir intérieur, pour interdire l'accès des chambres d'isolement et assurer l'isolement réel des malades qui y sont maintenus. Cela a permis, en outre, de contrôler les allées et venues des malades aux W. C. et d'éviter pendant le jour les habitudes homosexuelles, autrefois courantes.

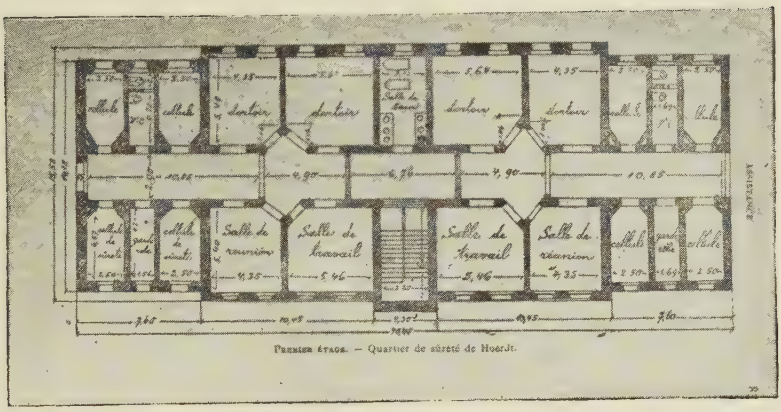
Les fenêtres des dortoirs de la section de surveillance sont garnies de vitres incassables de 2 cm. d'épaisseur, enchassées dans une armature métallique ; ouvertes, elles sont rabattues et fixées contre le mur à l'aide d'une clef spéciale, pour éviter que les aliénés ne les démontent et ne s'en fassent une arme des plus dangereuses entre les mains de plusieurs individus décidés. Dans la même section, les fenêtres des chambres d'isolement, situées dans la partie haute du mur et inaccessibles aux malades, sont divisées en trois parties superposées dont la partie moyenne, seule mobile, s'ouvre en rentrant dans le mur par un système de poulies actionné du dehors.

Partout ailleurs, dans les parties du bâtiment accessibles aux aliénés, des fenêtres de Hitzig ont remplacé en 1926 les anciennes fenêtres du modèle courant posées lors de la construction.

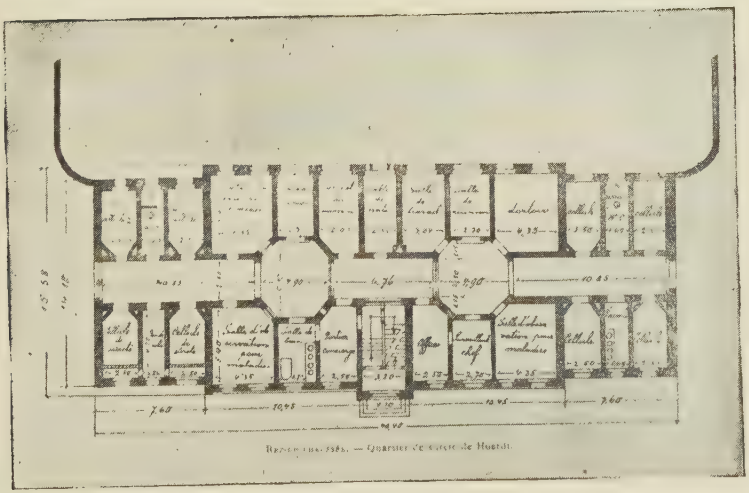
Toutes les fenêtres sont doublées à l'extérieur par des barreaux scellés dans la pièrre et munis d'entretoises.

Les portes de toutes les salles et chambres d'isolement sont d'une épaisseur de 5 cm. ; celles des dortoirs du rez-de-chaussée

*Quartier de Sûreté de Hœrdt.*




Premier étage. — Quartier de sûreté de Hoerdt.




Rez-de-chaussée. — Quartier de sûreté de Hoerdt.

et de la loge du portier ont été revêtues intérieurement d'une plaque de tôle rivée, depuis le jour où des malades avaient comploté de démolir des portes pourtant solides en se servant des lits comme de béliers. Certaines chambres d'isolement sont munies de doubles portes.

Le mobilier des salles de réunion se compose de tables et de bancs en chêne massif fixés au parquet et aux murs et assemblés exclusivement par des chevilles de bois.

Les lits des dortoirs, construits en tubes métalliques brasés, sont d'une seule pièce et d'un poids de 62 kilog. Les sommiers sont remplacés par des sangles entrelacés. Ils ne sont pas fixés au sol, précisément pour éviter tout emploi des vis et supprimer toute possibilité d'arrachement des lames de parquets. Le parquet de certains dortoirs et chambres d'isolement est fait en terrazolithe. En dehors des lits, pas d'autres objets que des vases de nuit individuels en carton-pâte.

Le chauffage central, seul mode possible de chauffage qui assure la sécurité, est installé dans le pavillon. Les radiateurs sont protégés par une carapace de tôle épaisse, avec portes que ferme une crémone spéciale. Il n'y a de système de protection différent que dans deux chambres d'isolement, où les radiateurs, cachés dans l'épaisseur du mur, sont abrités derrière de larges plaques chauffantes en tôle rivée. Toute la tuyauterie est cachée dans des gaînes creusées dans la maçonnerie. Il en est de même pour les conduites d'eau chaude et d'eau froide, ainsi que pour les fils électriques.

L'éclairage électrique est installé partout dans le pavillon avec des plafonniers placés hors de la portée des malades. Dans les chambres d'isolement, les lampes situées au-dessus de la porte, derrière un imposte vitré, sont enfermées dans une cage à vitre incassable et commandées de l'extérieur. Dans les couloirs sont fixés de place en place des interrupteurs à clef spéciale, dont les uns sont intercalés dans le circuit d'un appareil électrique contrôleur de rondes; les autres actionnent, en cas de besoin, une sonnette d'alarme installée dans la loge du portier.

Tous objets métalliques sont interdits. En vertu de cette prescription réglementaire formelle, la vaisselle est en carton-pâte, les cuillers en bois. Les malades disposent pour boire de gobelets

en carton-pâte, qu'ils remplissent à des prises d'eau potable installées dans chaque section.

Les vêtements, le linge de corps sont dépourvus de boutons en métal, que remplacent des cordons ou des boutons en carton. Pas de poches aux vêtements. Les chaussures, sans clous ni lacets, sont des sortes de pantoufles basses en cuir, cousues et chevillées. Pour empêcher toute dissimulation d'objets quelconques, les malades doivent se déshabiller complètement avant d'entrer dans les dortoirs, où ils revêtent pour la nuit une chemise pliée au pied du lit. Pas de porte-plumes ni d'encriers, les crayons seuls étant autorisés.

Les colis que les malades reçoivent de leurs familles sont examinés à l'arrivée, et ne doivent contenir aucune boîte métallique, aucun objet susceptible de recéler des choses défendues.

Les visites ont lieu dans un parloir spécial muni d'un grillage séparant visiteurs et visité, de façon que ni instruments, ni écrits ne puissent être remis à l'insu des infirmiers. Cette disposition s'est imposée après une évasion réussie grâce à des complicités extérieures.

Toutes ces mesures de sécurité, qu'une pratique quotidienne montre indispensable n'atteindraient pas leur but, quelque rigoureuses qu'elles puissent être, sans la vigilance continue et stricte d'un personnel averti et discipliné, et sans des prescriptions réglementaires minutieusement étudiées.

*Fonctionnement du service :* — Le service de jour, d'une durée de 12 heures, est assuré constamment par 10 infirmiers sous l'autorité d'un chef de quartier et d'un sous-surveillant en chef, à raison de 2 infirmiers par section, soit 1 pour 6 malades. Les infirmiers doivent observer très exactement toutes les attitudes et tous les actes des malades et en rendre compte dès qu'ils remarquent quelque chose de suspect. Dans les allées et venues nécessitées par le service, ils doivent veiller à refermer constamment derrière eux les portes. Ils doivent seuls assurer le nettoyage quotidien des locaux, le matériel

nécessaire ne devant en aucun cas être mis à la portée des aliénés. Ils pratiquent périodiquement et toutes les fois que le médecin le juge utile, la fouille des vêtements des malades, avec la connaissance parfaite de tous les procédés de dissimulation possibles, la révision des lits, des livres et papiers que les malades sont autorisés à détenir. Il leur est interdit d'entrer isolément dans les chambres, lorsque le service les y appelle. Après le repas des malades, toute la vaisselle est dénombrée exactement; le personnel doit savoir à tout instant quel est le matériel que les malades ont entre les mains. Le service de chaque infirmier est réglé chaque jour jusque dans les détails les plus minimes, de sorte que toute négligence trouve aussitôt le responsable et peut être sanctionnée. Un infirmier sur les 10 présents est chargé de l'office, et est disponible pour aider ses collègues dans la surveillance, ou dans les travaux matériels auxquels le chef de quartier l'appelle à participer. Le portier reste enfermé dans sa loge, et possède seul les clefs de la porte extérieure ainsi que de la porte intérieure donnant sur le quartier. En aucun cas il ne doit pénétrer dans une section de malades, ni prendre part à la surveillance. Il lui est interdit formellement d'ouvrir la porte intérieure de sa loge sans s'être assuré préalablement que le couloir est vide de malades dans sa partie médiane, et que les portes des sections sont fermées. Il est seul chargé des communications avec l'extérieur du quartier, qui se font par téléphone. Personne ne doit entrer dans le quartier ou en sortir sans qu'il ait personnellement ouvert les portes, et contrôlé l'identité des personnes qui se présentent ou les motifs de service de la sortie des infirmiers. Les corvées extérieures sont d'ailleurs réduites au minimum par le fait que des équipes de malades d'autres quartiers apportent les repas. Au portier incombe en outre l'entretien du chauffage pendant l'hiver, la livraison aux infirmiers du matériel de nettoyage et autre entreposé dans les caves, etc. En cas d'incident grave, il alerte aussitôt téléphoniquement le surveillant-en-chef et le directeur.

Le service de nuit est plus simple et fonctionne avec une équipe réduite: un chef d'équipe remplace le portier dans sa loge, avec mission d'observer les mêmes consignes de sécurité; 4 veilleurs, enfermés chacun dans une section les grilles fermées, et

démunis de clefs, font des rondes continuelles et observent tout ce qui se passe dans leurs section respective. Les rondes sont contrôlées, à raison d'une par quart d'heure, par un appareil électrique relié à une horloge. Sous aucun prétexte, les veilleurs ne doivent entrer dans les dortoirs ou chambres d'isolement. S'il survient un cas d'urgence exigeant une intervention médicale, une rixe entre des malades dans un dortoir, ou tout incident grave, le chef d'équipe appelle téléphoniquement le sous-surveillant-en-chef du service de nuit : celui-ci avertit l'interne de garde ou le directeur suivant les circonstances, puis réunit une équipe de renfort assez nombreuse pour qu'il soit possible d'entrer dans le dortoir sans risque d'une agression concertée. Ce renfort est fourni par le personnel de garde extérieure instituée depuis un an, et chargé d'assurer la surveillance nocturne de tout l'établissement, et plus particulièrement des abords du quartier de sûreté.

*Emploi du temps des malades. — Travail :* — L'impression produite par le quartier de sûreté il y a dix ans, d'après ce que nous a dit le Docteur Arsimoles, était des plus pénibles alors que le travail n'y était pas encore organisé. Les internés y vivaient dans le désœuvrement absolu, dans une apathie psychique et un accablement morne, dont les tiraient à peine passagèrement, les distractions qui leur étaient offertes sous une forme de jeu et de lecture.

L'organisation d'ateliers de travail a introduit la vie et l'activité dans les deux sections pourvues d'ateliers. Le travail n'est pas obligatoire, mais tous les moyens sont employés pour encourager les malades à s'y livrer : suppléments alimentaires, double allocation de tabac, possibilité de se procurer des douceurs à leur goût ou du tabac fin dans la cantine de l'établissement, à l'aide de leur gain. Le travail est rémunéré, en effet, suivant un tarif connu, basé à la fois sur la nature et la quantité du travail rendu. Les sommes gagnées ne sont pas acquises entièrement aux malades, mais seulement une partie d'entre elles. Cette part fixée à 2/10e du produit total est minime, il est vrai, mais l'expé-

rience a imposé le maintien de ce taux, en démontrant que, à partir du moment où les travailleurs ont gagné une somme suffisante pour acheter ce qu'ils convoient, ils ne fournissent plus qu'un rendement minime ou même désertent l'atelier. On ne peut d'autre part tenir caché les taux de rémunération, sous peine de désorganisation des ateliers, ou de graves difficultés. Le travail consiste dans le collage de sacs en papier destinés au commerce. Ce genre de travail a été choisi parce qu'il n'exige aucun instrument coupant ou dangereux: des pinceaux, des brosses et de la colle contenue dans les récipients en carton-pâte y suffisent. La matière première est fournie par un industriel, qui bénéficie d'un contrat analogue à ceux qui régissent le travail dans les prisons.

L'organisation actuelle et le fonctionnement du quartier de sûreté n'a pas permis de songer à introduire des fabrications qui exigent des outils, et d'ouvrir, comme à Villejuif, des ateliers de reliure, de chaussonnerie, de tricotage, de cannage de chaises, etc.

Tels qu'ils fonctionnent, les ateliers du quartier de sûreté de Hœrdt donnent un produit annuel de vingt mille francs en moyenne.

Emploi de la journée:

| | travailleurs | non-travailleurs |
|---|---|---|
| 6 hrs. | réveil | id. |
| 6 hrs.30 | petit déjeuner servi dans les dortoirs | |
| 7 hrs | lever et toilette | id. |
| 8 hrs. | travail dans les ateliers | |
| 9 hrs. | casse-croûte | |
| 11hrs. | arrêt du travail | |
| 11 à 13 hrs | déjeuner et récréation | id. |
| 13 hrs. | reprise du travail | |
| 15 hrs | casse-croûte | |
| 17 hrs. | arrêt du travail | |
| 17 hrs. | dîner | id. |
| 18 hrs. | fermeture des dortoirs | id. |
| 21 hrs. | réduction d'éclairage | id. |

Si le temps le permet, les travailleurs sortent dans la cour pour une heure, les non-travailleurs pour deux heures. Chaque section sort à la promenade séparément.

Nous avons signalé que le quartier de sûreté ne comprenait qu'un seul bâtiment au moment de la description de Gelma. Les incidents quotidiens dûs à l'impossibilité de tout triage des malades, en même temps que la tendance continue de la population à s'accroître par des apports de l'intérieur du pays amenèrent rapidement le Dr. Arsimoles à envisager la nécessité de doubler le pavillon existant par l'adjonction d'un deuxième. Le pavillon d'aliénés ordinaires agités, rendu vacant par un abaissement brusque de la population d'aliénés ordinaires, fut transformé à cet effet et ouvert en 1926. L'ancien quartier a conservé sa destination initiale, et le nouveau a reçu, dès le début, les malades améliorés, qu'il y avait avantage d'une part à séparer des aliénés difficiles et restés inintimidables, et des nouveaux entrants.

Ce fait explique qu'un régime moins sévère y ait été prévu. Bien que les précautions nécessaires pour la sécurité aient été prises, et que les mêmes principes président au fonctionnement du service, les malades jouissent cependant d'une plus grande liberté à l'intérieur du pavillon.

Ce que nous venons de dire nous dispense d'une description aussi détaillée que celle que nous venons de faire; nous allons surtout indiquer en quoi ce pavillon diffère du précédent. Tout d'abord il n'existe à l'intérieur aucune grille. Pas de sections où les malades soient séparés par petits groupes. La vie en commun y est davantage réalisée, du moins pendant le jour. Le rez-de-chaussée est affecté aux locaux de jour; les dortoirs occupent le premier étage. En bas, existe un grand réfectoire et une salle de réunion ouvrant sur un tronçon de couloir commun qui donne accès dans la cour, plantée d'arbres, pourvue de bancs, spacieuse et gaie. Par beau temps, les malades sont libres de circuler à leur gré entre la salle de réunion et la cour. En hiver, ils se partagent à leur gré dans les deux salles, pouvant circuler de l'une à l'autre librement, l'accès de la cour étant seul interdit. Sur l'autre façade du bâtiment donne une infirmerie de 10 lits pour maladies intercurentes et observation. Sur un couloir en équerre s'ouvrent: in-

firmerie, salle de bains, lavabos, W. C., réfectoire des infirmiers, chambre d'un chef de quartier et 10 chambres d'isolement.

Un couloir de service permet les allées et venues du personnel et ses communications avec l'extérieur, sans contact avec les malades. Un portier surveille ces allées et venues depuis sa loge donnant sur l'unique porte d'entrée du quartier, ainsi que le parloir situé à côté de la loge et complètement séparé des locaux intérieurs du pavillon.

Au premier étage existent, de part et d'autre d'un couloir central, 4 dortoirs de 6 lits où sont répartis les malades qui ont encore besoin d'être en petits groupes. De l'autre côté du palier, un grand dortoir, avec adjonction de W. C., contient 25 lits pour les aliénés complètement calmes et n'exigeant pas de surveillance spéciale.

Le deuxième étage contient deux grands ateliers où les malades travaillent tous en commun.

Le personnel comprend 7 infirmiers dans le service de jour pour 70 malades, soit 1 pour 10. Cette proportion, depuis l'ouverture du quartier, s'est toujours avérée suffisante dans un service où aucun incident (agression, etc.), ne s'est jamais produit. L'équipe de nuit comprend 3 veilleurs: un à la porte, un pour la partie cellulaire du quartier, et le troisième pour la surveillance du premier étage. Le portier a à sa disposition le téléphone.

Les seules dispositions de sécurité consistent dans les fenêtres de Hitzig, généralisées dans tout le bâtiment et doublées extérieurement de barreaux.

Le travail est de même nature que dans l'autre pavillon: collage de sacs en papier, et s'effectue avec le même matériel.

La vaisselle est en aluminium, les vêtements et chaussures ne comportent aucun dispositif spécial. Dans les dortoirs, les lits, également en tubes d'acier brasé et d'une seule pièce, sont beaucoup plus légers (40 kilog.), et pourvus de sommiers fixes formés de lames métalliques suivant un modèle créé spécialement pour ce pavillon.

Le moment est venu de juger l'instrument dont nous disposons, après l'avoir décrit dans son état actuel.

*3e section de l'asile de Villejuif :* — Répétons ce que nous avons déjà écrit, qu'il est difficile d'émettre des appréciations définitives sur la valeur d'un service qu'on n'a pu que visiter en passant.

En comparant les descriptions de deux services, il est aisé de se rendre compte d'un coup d'œil de la supériorité de la 3ème section de l'asile de Villejuif. La division des malades en très petits groupes, la multiplication des cours dont chacune affectée aux récréations de groupes restreints d'aliénés, l'organisation des ateliers qui répond au même principe des «petits paquets», le nombre important de chambres d'isolement qui atteint presque la moitié de la population ,le soin qui a présidé aux installations matérielles pour assurer la sécurité, ont permis de réaliser un service qui n'appelle pas de critiques, si ce n'est peut-être sur certains points de détail d'ordre architectural. La grande supériorité de la 3e section réside dans sa conception médicale. Etant donné que H. Colin a voulu exclure tout ce qui pouvait rappeler la prison, ce service n'a rien de l'asile-prison, et c'est un avantage. Les grilles en ont été heureusement bannies sans que cela nuise le moins du monde à la sécurité.

Mais certaines objections nous paraîssent pouvoir être faites : elles sont d'ordre général et n'atteignent en rien la valeur de l'œuvre réalisée par H. Colin.

Tout d'abord la 3e section a l'inconvénient d'être trop près de Paris et d'un accès trop facile. Il n'est pas bon que certains malades habitués des prisons, et ayant contracté des amitiés fâcheuses dans les milieux criminels ou les bas-fonds de la capitale, aient trop de facilités pour entrer en relations avec le dehors à la faveur de visites. Nous avons acquis d'autre part une expérience suffisante des familles de psychopathes qui peuplent un service de malades difficiles et dangereux, pour savoir combien il est désirable que les relations avec ces familles soient aussi espacées que possible, tant pour les malades eux-mêmes, si souvent excitables, que dans l'intérêt de la sécurité du service. Or, la filtration des relations parentales est impossible dans un asile situé aux portes de la ville et dont le réglement est forcément très libéral dans l'esprit actuel de la loi.

D'autre part ,le service est malheureusement trop restreint avec ses 66 lits, qui sont insuffisants pour les besoins d'une grande ville comme Paris. H. Colin avait prévu une population de 150 aliénés. Quand on connaît le nombre d'infirmiers qui sont nécessaires et le taux élevé du prix de revient de la journée d'hospitalisation, on comprend les raisons administratives qui se sont opposées jusqu'ici à la réalisation complète du projet primitif. L'exiguité du service semble rendre impossible, croyons-nous, d'y admettre tous les malades parisiens qui devraient trouver place dans un quartier de sûreté. Faute de statistiques précises sur le nombre des expertisés irresponsables qui ne peuvent être traités dans des services ordinaires, sur le nombre de pervers et dégénérés amoraux qui sont internés et dont il y aurait intérêt à débarrasser les services ordinaires, nous ne pouvons insister sur ce point, qui mériterait cependant d'être approfondi. Quoi qu'il en soit, si l'on arrive à recevoir dans le service tous les aliénés pour lesquels il a été constitué, du moins ne peut-on pas les y conserver aussi longtemps qu'il serait nécessaire. Les statistiques mêmes du H. Colin relatives à l'année 1910 confirment notre assertion : sur 87 malades traités, 35 — soit près de la moitié — sont sortis, 2 ont été transférés et 5 sont passés dans un asile ordinaire.

Depuis que la Préfecture de Police n'autorise plus de sorties directes de la 3e section, laissant au Tribunal le soin d'apprécier, comme nous le verrons plus loin, que deviennent les malades qui quittent la 3e section? Nous regrettons de ne pas avoir en notre disposition les rapports annuels des médecins-chefs de ce service. Certains de ces malades sont dirigés sur le quartier de sûreté de Hœrdt par transfert collectif, d'autres sont envoyés dans des services ordinaires. Est-ce après amélioration permettant un changement de régime? Est-ce pour assurer le jeu régulier des admission nécessaires? Nous l'ignorons. Mais nous montrerons plus loin, en apportant une statistique des durées d'internements au quartier de sûreté de Hœrdt, que celles-ci se comptent généralement par années et non par mois. Il est possible que cette durée soit sensiblement plus réduite à la 3e section, et ne correspond pas à la diminution de nocivité des malades.

Les conditions du traitement des malades, maintenus dans l'isolement presque complet aussi bien de jour que de nuit, sont

très favorables, non seulement à la sécurité maxima, mais encore à la thérapeutique par le travail pour ceux qui sont susceptibles de s'y livrer.

Mais cet isolement, rigoureux et surtout continue, n'a-t-il pas des inconvénients pour les malades qui nous occupent? La majorité d'entre eux n'ont pas perdu l'intégrité intellectuelle, la conscience de leurs actes. A beaucoup manque l'instinct de sociabilité qui a nécessité leur exclusion du milieu social. L'isolement trop complet nous paraît une arme à deux tranchants: il ne permet pas de chercher à favoriser la sociabilité des malades; trop prolongé, il empêche de préparer une réadaptation sociale sans laquelle la mise en liberté ne saurait être envisagée. Nous reviendrons sur ce point dans un chapitre consacré à la thérapeutique dans le quartier de sûreté; il nous a paru utile cependant de le signaler dès maintenant. On peut se demander si ce n'est pas à ce fait que l'on peut attribuer dans une certaine mesure l'existence du groupe des habitués des asiles défini par H. Colin et décrit par son élève Beaussart, ces habitués des asiles ayant été jetés trop brusquement et trop prématurément de l'isolement presque complet dans le milieu social, sans aucune préparation.

Il nous semble que, comme cela existe à Hœrdt, bien insuffisamment encore, il y aurait avantage à compléter ce service par des pavillons aménagés dans le but que nous venons d'esquisser, et où l'isolement ferait place progressivement à la vie collective.

*Quartier de sûreté de Hœrdt.* — D'après la description que nous venons d'en donner et l'idée qui a présidé à sa construction, ce quartier de sûreté n'avait d'autres but que de centraliser dans un service unique tous les condamnés devenus aliénés en cours de peine, aliénés criminels, prévenus en observation et aliénés particulièrement dangereux, qui se trouvaient en Alsace et Lorraine. Le fin mot de leur assistance consistait à les y retenir pour défendre la société contre leur nocivité. Le terme même de «Bewahrungshaus» donné au quartier de sûreté dans les documents administratifs officiels en est la preuve. Tous les aménagements du quatrier de sûreté étaient

dirigés par ce principe : multiplier les moyens de sécurité pour se protéger contre la nocivité des malades à l'asile même.

Ceci nous amène à formuler une première critique que nous n'hésitons pas à adresser nous-mêmes au quartier de sûreté dans l'état où il a été trouvé en 1919 : c'est l'aspect de prison que l'existence des grilles ne fait que renforcer et qui a été reproché avec juste raison par H. Colin.

Cette critique en appelle une autre. Les dispositions du quartier ne procèdent pas suffisamment d'une conception médicale. C'est dire que le bâtiment primitif du quartier de sûreté ne peut, selon nous, servir de modèle pour l'érection de nouveaux quartiers, si ce n'est dans certains détails d'aménagement qui méritent d'être imitées

Pour citer quelques exemples, nous avons eu souvent l'occasion de regretter que les chambres d'isolement soient en trop petit nombre, et qu'elles ne possèdent pas deux portes opposées donnant sur des galeries, suivant l'heureuse conception réalisée à Villejuif. Nous ne faisons d'autre part que souligner les inconvénients, au double point de vue de l'hygiène et de la prévention de complots, de l'ouverture directe des fenêtres des chambres d'isolement sur la cour, — (aération continuelle impossible, si l'on veut réaliser l'isolement complet), — l'inconvénient de la situation des chambres d'isolement dans les sections mêmes, qui rend l'isolement illusoire, à moins de le transformer en véritable réclusion ; — les dispositions des cellules conviennent plus à des prisonniers qu'à des malades, et sont trop favorables aux suicides par pendaison, que l'on ne réussit à éviter qu'au prix d'une attention sans défaillance ; — enfin, le maintien prolongé d'un aliéné en chambre d'isolement, pourtant si souvent nécessaire du point de vue psychique, est impossible si l'on veut éviter que la tuberculose ne fasse des ravages

Les défauts sur lesquels nous venons d'insister et qui se sont révélés peu à peu par la pratique, n'ont trait qu'aux dispositions matérielles ; il pourrait y être obvié par des remaniements d'ordre architectural, non sans des dépenses importantes, il est vrai ; mais on ne pourrait supprimer bien des lacunes qui eussent dû être évitées lors de la construction et qui sont actuellement irrémédiables

Il y a des défauts plus graves : c'est l'impossibilité du triage et de la séparation rationnelle des malades Le bâtiment primitif contient bien quatre sections séparées : l'une d'admission et de surveillance, la deuxième de non travailleurs calmes, les deux autres de travailleurs Mais cette affectation même de chacune est artificielle et toute extérieure à la psychopathologie des malades ; elle ne repose sur aucune base clinique Les statistiques que nous donnerons dans un des chapitres suivants, montrent qu'il y a des catégories cliniques bien tranchées exigeant un plus grand nombre de sections, celles-ci devant être complètement indépendantes les unes des autres et installées avec les dispositions particulières qu'exige la variété de malades qui y sont traités. Au contraire de ce principe, le pavillon unique du quartier de sûreté contient pêle-mêle, après passage dans la section d'admission, des délirants, des agités, des maniaques-dépressifs, des hypomaniaques, des débiles suggestibles, des pervers instinctifs, parmi lesquels un certain nombre sont la plaie du quartier par leurs habitudes homosexuelles, des déséquilibrés impulsifs, enfin des fous moraux, s'il nous est permis d'employer ce terme qui évoque un tableau clinique précis, bien qu'il soit rayé aujourd'hui du langage psychiâtrique On devine aisément les difficultés qu'entraîne quotidiennement une telle promiscuité. Dans ce milieu, les délirants sont sans cesse troublés dans la poursuite de leurs conceptions imaginaires ; il en résulte une excitation qui devrait leur être évitée. Les débiles, suggestibles, sont la proie facile des pervers qui les dominent et leur font exécuter des infractions à la discipline ou des violences qu'ils se gardent d'accomplir eux-mêmes. Les déséquilibrés, excitables et hyperémotifs, sont souvent les victimes d'une effervescence collective entretenue par les projets de complots des pervers les plus nocifs, alors que leur traitement exigerait un milieu calme où ils ne seraient plus soumis à aucune tension psychique. Les homosexuels constitutionnels ou acquis se rencontrent parmi les diverses variétés de malades (les délirants presque exceptés) et contaminent facilement tout leur entourage ; ils sont une cause importante de désordre, en ajoutant à leurs pratiques trop souvent électives, les éléments passionnels (amour, jalousie, rivalité haineuse, etc.), qui sont de règle dans les collectivités où sévissent ces mœurs spéciales.

Ces inconvénients étaient portés à leur maximum lorsqu'il n'existait qu'un seul pavillon. Un certain progrès fut réalisé en 1926 par l'ouverture du deuxième pavillon du quartier de sûreté. Il devient alors possible de séparer les aliénés dans une certaine mesure, suivant leur état mental et leur nocivité. Ce nouveau quartier fut rapidement occupé par les délirants les moins dangereux, les petits agités, et les débiles suggestibles qui furent heureusement soustraits à la domination des pervers dont ils avaient jusque-là subi l'emprise. Les effets de cette séparation se firent immédiatement sentir d'une façon très favorable. Les incidents quotidiens se réduisirent dans une forte proportion. Ce fait a une valeur d'une expérience qui confirmerait la nécessité du triage et de la séparation des malades en groupes cliniques, si ce principe avait besoin d'une démonstration.

Mais malgré le progrès réalisé, les deux pavillons existants sont loin de suffire aux besoins. Le triage reste encore très imparfait, en ce sens que les délirants restent mélangés aux malades dont les facultés intellectuelles ne sont pas déviées, mais seulement alttérées d'une façon quantitative. D'autre part la répartition des aliénés entre les deux pavillons ne peut se faire que suivant le degré de nocivité. Or, ce criterium est insuffisant. Les désirs du Docteur Arsimoles de perfectionner le classement des malades de façon à l'asseoir sur des bases scientifiques, exigerait la construction de nouveaux pavillons conçus selon des directives médicales.

La création du deuxième pavillon, en améliorant le triage, a eu un autre effet d'une très grande importance : c'est de faciliter le traitement des malades et d'augmenter son efficacité dans une mesure jusque-là imprévisible. Les constatations faites dans ce sens ont ouvert des horizons nouveaux sur la possibilité d'atteindre des résultats thérapeutiques supérieurs à ceux que l'état actuel du quartier de sûreté permet d'obtenir. Nous reviendrons sur ce point dans la partie de notre travail consacrée à la thérapeutique et à la conception que l'on doit avoir, selon nous, d'un quartier de sûreté.

Une dernière critique, qui vaut également pour les deux services de Villejuif et de Hœdt, porte sur la situation législative actuelle de ces établissements. Ils fonctionnent nécessairement sous le régime de la loi de 1838, qui n'a prévu aucune disposition les concernant. L'étude détaillée du côté législatif de la question des aliénés criminels fera l'ojet du chapitre suivant.

## LA LÉGISLATION.

Bien que le fonctionnement d'un quartier de sûreté pour aliénés criminels et difficiles soit possible sous le régime de la loi du 30 juin 1838, il n'en reste pas moins que l'application de cette loi à des malades pour lesquels elle n'a pas été faite, soulève des difficultés parfois considérables. Nous ne pouvons mieux faire toucher du doigt ce fait qu'en rapportant un cas concret, le plus typique qu'il nous ait été donné d'observer.

R... Georges, transféré en 1923 de la 3e section de l'asile de Villejuif au quartier de sûreté de Hœrdt, a été interné huit fois dans divers asiles de la Seine et a subi quatre condamnations, dont une à 5 ans de réclusion et 5 ans d'interdiction de séjour.

Depuis l'âge de 15 ans, il a oscillé presque constamment entre la prison et l'asile; la plupart de ses internements ont suivi des inculpations et des expertises ayant conclu à l'irresponsabilité.

C'est un débile mental, pervers instinctif, dépourvu de sens moral et d'affectivité,avec instabilité de caractère, faiblesse de volonté, incapacité de se diriger, de s'adapter à une vie sociale normale, et inamendable. Tous les aliénistes qui ont eu à s'occuper de lui à l'occasion de ses divers délits ou pendant ses internements sont d'accord sur son état mental. Mais lorsqu'il s'agit de conclure aux mesures le plus efficaces à son égard, l'accord cesse. En 1914, un expert concluait à son envoi devant les tribunaux d'après les considérations suivantes: «R.... a parfaitement conscience non seule-

ment des inconvénients pratiques de son inconduite, mais encore de son immoralité. D'autre part il n'obéit pas à des impulsions irrésistibles, ni même à des tentations caractérisées. Enfin il est capable de prudence, de calcul, de dirction dans quelque mesure. Par suite il est intimidable, il réunit donc les conditions de la responsabilité pénale; nous ne devons pas oublier toutefois, qu'il est un dégénéré avéré à antécédents héréditaires et personnels chargés; par conséquent sa responsabilité doit être considérée comme atténuée, et, par là, sa peine adoucie dans les conditions actuelles de notre législation. De même que nos confrères, nous regrettons de ne pas voir cette législation complétée par les asiles pénitentaires qui donneraint à la dégénérescence constatée de tout autres conséquences pratiques.»

En 1921, à l'occasion d'un nouveau vol, un autre expert renvoyait R.... au service d'aliénés difficiles de Villejuif avec les conclusions suivantes: «..On peut donc considérer que R..., qui est un grand débile constitutionnel, ainsi que le prouve toute l'histoire de sa vie, est en même temps un sujet présentant des tendances antisociales des plus prononcées et des plus dangereuses. Inamendable, comme il fallait s'y attendre, par les sanctions pénales, et voué, s'il est abandonné, à des récidives infinies, R... est un de ces anormaux délinquants qui doivent être internés à vie et pour lesquels on réclame depuis longtemps un asile-prison. A défaut d'un asile-prison que nous n'avons pas encore, la seule solution possible est d'interner de nouveau R.... à la section d'aliénés difficiles de Villejuif.»

S'étant évadé de cet asile en octobre 1922, R... fut arrêté en mai 1923 pour vol d'un manteau de zibeline. Soumis à un nouveau examen mental, il motiva de la part de trois experts, dont deux le connaissaient déjà, des conclusions que nous reproduisons intégralement en raison de l'importance qu'elles ont pour notre étude: «R... appartient à cette catégorie de délinquants dont les caractéristiques psychologiques, nettement définies et bien connues des psychiâtres ainsi que des criminologistes, sont: débilité, inadaptabilité à une vie sociale normale, inamendabilité quels que soient les moyens employés (répression pénale ou traitement médical). Que l'on condamne un de ces déliquants, à un, deux ou cinq ans de prison, il retombera dans la délinquance, dès qu'il sera libéré. Qu'on le garde des mois ou des années dans un asile, le jour où il sortira, soit par mesure régulière, soit par évasion, il commettra de nouveaux délits.

Il n'y a d'autre moyen de défendre la société contre ces individus, que de les exclure d'une façon définitive de la vie sociale. Ce sera chose toute simple quand nous aurons des asiles pour recevoir les anormaux antisociaux, et une législation permettant de les y recevoir et de les y maintenir uniquement en raison de leurs tendances dangeureuses.

Malheureusement nous n'en sommes pas là. Nous n'avons actuellement le choix qu'entre deux solutions également inadéquates à la situation: la répression pénale ou l'internement dans un asile d'aliénés.

Dans le cas particulier, la question que nous avons à nous poser est donc celle-ci: que vaut-il mieux? laisser R... à la justice qui lui appliquera les mesures prévues par le code pénal, ou l'interner dans un asile d'aliénés?

Le délit commis par R... (vol simple) ne prévoit comme peine maxima que 5 ans de prison. Cette sanction — et même une sanction moindre — serait efficace si elle était complétée par la peine accessoire de la relégation. La relégation serait certainement, au point de vue pratique, la meilleure solution dans le cas de R... Mais étant donnés la débilité et le déséquilibre psychique incontestables du sujet, ainsi que son passé psychopathique dont il serait peut-être difficile aux juges de ne pas tenir compte, il apparaît extrêmement douteux que la mesure de la relégation, considérée au point de vue juridique comme particulièrement sévère, lui soit appliquée. Et, serait-elle prononcée par le tribunal, qu'une mesure de clémence, peut-être amorcée par la simulation d'épisodes psychopathiques — car R.... est parfaitement capable de simuler — pourrait venir enlever à la décision des juges toute son efficacité. Autrement dit, si l'on ne compte que sur la répression pénale pour mettre R... hors d'état de nuire, il est fort possible que l'on soit déçu et que d'ici un temps — peut-être assez court — on ne le retrouve de nouveau en prévention, inculpé d'un nouveau vol.

Reste donc l'internement — internement dans un asile d'aliénés, à défaut d'asile d'anormaux criminels. On peut objecter que R... a été interné bien des fois et que le résultat a été médiocre, puisqu'il a chaque fois retrouvé sa liberté, soit par sortie régulière soit évasion. C'est exact.

Mais on est en droit de se demander si, R... ayant actuellement donné la preuve de son habilité à tromper la surveillance et à s'évader, il ne serait pas possible de réaliser ce qui n'a pas été réalisé jusqu'ici: un internement durable et dans des conditions telles qu'une évasion soit pratiquement impossible.

Sans doute, une fois à l'asile, R.... restera ce qu'il est, c'est-à-dire lucide et non délirant, il se fera humble et soumis, comme il l'a fait à Villejuif, et il pourrait donner à quiconque le jugerait par sa conduite du moment, l'impression d'un individu normal, ou quasi-normal, et capable de vivre en société s'il le veut bien. Mais le médecin qui, s'appuyant sur l'attitude de R... à l'asile et négligeant de propos délibéré ce que nous apprend son passé, proposerait sa sortie, commettrait, à notre avis, une grave erreur.

Ce n'est pas sur leur conduite à l'asile, où ils sont à l'abri de toute tentation et soumis à une discipline de tous les instants, qu'il faut juger les individus du type de R...., c'est sur leur conduite dans la vie sociale, quand ils ont la pleine liberté de leurs mouvements. Or, nous savons comment R.... se conduit dans la vie sociale.

Quant au danger d'évasion, il apparaît possible d'y remédier en plaçant R... dans un établissement spécial, vraiment organisé pour l'internement des individus dangereux. Cet établissement existe, c'est l'asile d'aliénés criminels de Hœrdt, en Alsace. C'est là, à notre avis, qu'il conviendrait d'interner R.... Si le médecin qui l'aura dans son service est exactement renseigné sur la vie du sujet, il nous paraît qu'on aura réalisé, pour la première fois, en ce qui concerne R..., une œuvre de défense sociale efficace.»

R.... a été maintenu au quartier de sûreté de Hœrdt pendant 9 ans. Il s'y est montré longtemps très difficile, enclin aux complots et aux tentatives d'évasion, et n'a renoncé à cette attitude que devant la preuve faite de leur inefficacité. Devenu humble et soumis, il restait cependant tel que les experts l'avaient dépeint, jusqu'au jour où il s'est enfin décidé à travailler d'une façon régulière dans l'espoir d'obtenir la liberté. Après plusieurs examens par la Commission Médicale des sorties instituée au quartier de Sûreté de Hœrdt, qui n'avaient pas abouti à un avis favorable, cette commission a conclu en mars 1932 à la possibilité d'une sortie d'essai avec les considérants suivants:

«Considérant que la législation sur les asiles-prisons n'existe pas encore, et que les dispositions de la loi de 1838 sont toujours en vigueur en ce qui concerne la sortie des aliénés;

Considérant que R.... est interné non pas pour des troubles mentaux aigus, mais en raison de perversions constitutionnelles qui dirigent ses actes, et qu'il s'agit d'un cas limite, comme il ressort des déclarations mêmes des experts et des oscillations de son existence entre la prison et l'asile;

Considérant que R...., qui s'est montré inamendable pendant plusieurs années au quartier de sûreté de Hœrdt comme à la 3e section de l'asile de Villejuif, a modifié son attitude dans les deux dernières années, est devenu calme, docile et surtout travailleur;

Considérant qu'il a conscience des conséquences de sa conduite et de son immoralité,.....»

Sorti le 24 mars 1932 à titre d'essai. Le congé sera prolongé de 6 mois en six mois pendant deux ou trois ans, si l'administration adopte les propositions du médecin traitant.»

Les considérations que nous avons tirées des rapports des experts qui ont examiné notre malade, ne s'appliquent pas seulement à ce cas complexe; elles valent pour nombre des psychopathes anormaux internés dans les asiles. Dans le livre que Raynier et Beaudoin ont consacré à «L'aliéné et les Asiles d'aliénés», ces auteurs résument d'une façon saisissante l'insuffisance actuelle de la législation: «Il advient parfois que ces anormaux sont placés à l'asile.... le placement, d'ailleurs, ne garantit pas d'avantage la société, puisque la loi de 1838 n'a pas prévu ces cas, si bien que, puisqu'il ne s'agit pas de véritables aliénés, on ne peut le plus souvent les maintenir sans pratiquer un internement abusif, dans l'état actuel de la législation. Des internés, après acquittement, doivent être mis trop rapidement en liberté. Ils sortent sans conditions, sans veto possible de l'autorité judiciaire et sans qu'on puisse exercer sur eux un contrôle suffisant. De plus, du jour où ces anormaux sont entrés dans un asile, ils croient emporter un certificat d'impunité pour toute leur vie. Chaque fois qu'ils sont arrêtés, ils exhibent immédiatement leur bulletin de sortie de l'établissement d'aliénés, ce qui leur vaut parfois, en l'absence de communication de dossiers organisée entre la justice et l'asile à leur sujet, un non-lieu ou un acquittement. Ainsi, il leur paraît n'avoir plus rien à redouter, alors que la crainte d'un châtiment pourrait encore les retenir» (1).

La loi de 1838 a eu pour but de réglementer le placement des personnes atteintes de troubles mentaux en vue de leur traitement et de leur guérison. Mais tout en ordonnant la création d'établissements spéciaux, le législateur, sous la pression de l'opinion publique, a paru constamment dominé par le souci du respect de la liberté individuelle. C'est pourquoi on retrouve un peu partout dans la loi des clauses garantissant contre les séquestra-

(1) Raynier et Beaudoin: L'aliéné et les asiles d'aliénés. Assistance. Législation, médecine légale, p. 638.

tions arbitraires. Nous n'avons pas à discuter ici l'utilité et la valeur de ces garanties. Rappelons seulement que celles-ci n'avaient pas encore paru suffisantes, puisque les premiers projets de réforme de la loi qui ont vu jour jusque vers 1900, visaient à renforcer la protection de la liberté individuelle. La loi actuelle, dans son mutisme à l'égard des aliénés criminels, considère tout aliéné comme un malade, ne faisant aucune différence entre le mélancolique ou le délirant que l'on place pour éviter des actes dangereux et l'aliéné délinquant, irrésponsable en vertu de l'art. 64 du Code Pénal. Ce dernier est légalement assimilé à l'aliéné ordinaire, bénéficiant des mêmes dispositions de la loi. Il est interné d'office par un arrêté préfectoral, les conclusions de l'expert n'ayant pas de valeur plus grande que celle d'un certificat médical délivré pour motiver le placement. Aussi le préfet reste-t-il libre de refuser l'internement d'un délinquant déclaré irresponsable et maître absolu de la décision, sans que l'autorité judiciaire, dont l'action est éteinte par le non-lieu, puisse intervenir. L'internement est-il prononcé? aucune disposition de la loi n'interdit une sortie presque immédiate. Aussi des délinquants reconnus aliénés, ne voient-ils dans l'internement qu'un moyen d'échapper à la répression pénale; ils demandent leur sortie presque immédiatement et peuvent l'obtenir si les idées du médecin traitant le conduisent à faire des propositions dans ce sens. Si le médecin ne les considère pas comme guéris ou assez améliorés et que le préfet refuse la sortie ,celle-ci peut être ordonnée par le Tribunal à la requête du malade ,de sa famille ou même de ses amis, sans tenir aucun compte de l'avis contraire du médecin. Ce sont là les défauts graves de la loi en vigueur en ce qui concerne les aliénés criminels. Les conditions trop faciles de la sortie créent un danger pour la société. Si au contraire le médecin retient ces malades longuement à l'asile, parceque il ne les juge pas suffisamment améliorés pour cesser d'être dangereux, il risque d'être taxé de pratiquer un internement abusif. Cette difficulté tient à ce qu'il est impossible de concilier ces deux principes opposés: respect de la liberté individuelle et protection de la sécurité publique. La loi de 1838 s'attache à garantir la liberté individuelle sans s'occuper de la défense sociale. Or, c'est la société qu'il faut protéger contre les psychopathes délinquants; c'est le but poursuivi par les récents

projets de loi déposés pour réformer la législation en vigueur, à la faveur d'un changement de l'opinion publique.

Nous venons d'indiquer ce qui se passe sous le régime actuel en cas d'internement. Qu'arrive-t-il lorsque les délinquants ne sont pas reconnus irresponsables? Ou bien ils subissent la répression pénale en tant que pleinement responsables, ou bien ils bénéficient d'une atténuation de leur responsabilité. Dans ce dernier cas, la répression pénale est inefficace lorsqu'elle s'exerce sur des récidivistes inintimidables. Elle est inefficace surtout parceque ils peuvent toujours compter, au cours de leur détention, sur des réductions de peine par une grâce, ou par le jeu des règlements pénitentiaires. En outre, ils savent dès le début de leur détention la durée de celle-ci. Aussi l'intimidation est-elle insuffisante, bien inférieure en tout cas à celle que donnerait l'internement de durée indéterminée, prolongée aussi longtemps que dure leur nocivité. L'application du principe de la responsabilité atténuée a le défaut de réduire la durée et la gravité de la peine, d'énerver la répression à l'égard d'individus que les peines légères n'intimident pas. Ainsi «l'emprisonnement ne garantit pas la société, car, la peine accomplie, les individus sont libérés sans conditions, alors que leur déséquilibre psychique persiste, en fait des êtres éminemment dangereux» (1).

Nous avons observé fréquemment que des délinquants irresponsables, internés au quartier de sûreté à l'occasion d'une Nième récidive, ont été antérieurement jugés très diversement suivant les tribunaux et suivant les experts, — tantôt déclarés irresponsables, tantôt reconnus responsables avec atténuation. C'est parce que dans l'état actuel de la législation, il ne peut pas exister une doctrine médico-légale univoque. Ou bien c'est le principe de la responsabilité entière, atténuée ou nulle qui dirige les conclusions des experts; ou bien ceux-ci sont dominés par le souci de la défense sociale; ou encore, pris entre ces deux principes, ils cherchent la meilleure solution pratique, comme dans le cas de R....

---

(1) Raynier et Beaudoin: L'aliéné et les asiles d'aliénés, p. 638.

que nous avons rapporté au début de ce chapitre. Si l'on considère ces variations dans leurs rapports avec l'internement des psychopathes ayant commis des actes antisociaux, on ne peut les expliquer que par l'absence d'un critérium précis.

Guiraud, dans une étude sur les conditions d'internement et de sortie des aliénés dangereux, a fait ressortir les divergences entre les opinions des divers psychiâtres. Pour les uns, «il est nécessaire de trouver des syndrômes entrant dans un cadre clinique connu, de constater une atteinte intellectuelle précise, des interprétations délirantes, des obsessions, etc» (1). D'autres, n'en visagent que les paranoïaques et les passionnels, insistent sur leur intégrité intellectuelle, et signalent des caractères différentiels qui permettent de les distinguer des criminels responsables. Mais parfois, à l'occasion d'actes anti-sociaux graves, les différences entre le pathologique et le normal sont peu perceptibles. Les divergences tiennent à ce que la loi n'a pas défini l'aliénation mentale ; les uns considèrent comme aliénés ceux qui ont des troubles mentaux supprimant leur lucidité, les autres donnent à ce terme un sens beaucoup plus large? Lorsque au cours de la discussion des projets de réforme de la loi de 1838, le législateur a demandé à la Société Médico-psychologique en 1914, de définir ce terme imprécis d'aliénation mentale, on a conclu que «sont aliénés les individus atteints d'affections mentales qui compromettent l'ordre public et qui sont dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres». «La tendance même virtuelle aux réactions violentes, l'impossibilité démontrée de s'adapter, sans danger pour les autres, à la vie sociale, l'inintimidabilité, l'irrésistiblté des tendances anti-sociales sont, à notre avis, des affections mentales» (2). Nous pensons que la définition de la Société Médico-Psychologique quelque exacte qu'elle soit du point de vue social, ne fait que reprendre les termes imposés par la loi de 1838 aux conclusions des certificats médicaux délivrés en vue de l'interne-

(1) P. Guiraud: Les conditions d'internement et de sortie des aliénés dangereux. Annales Médico-psychologiques, avril 1927.

(2) P. Guiraud, Loc. cit.

ment ; elle ne met pas fin aux difficultés que nous avons soulignées en ce qui concerne les aliénés criminels, parce que elle est trop générale, englobant ces derniers sans caractériser ce qui les distingue des autres aliénés. En attendant, nous sommes d'accord avec Guiraud lorsqu'il écrit que «puisqu'il s'agit d'interprétation de la loi, nous devons nous en remettre à la jurisprudence. La conduite des tribunaux qui ont à décider d'une sortie, conformément à l'article 29, n'est pas rigoureusement uniforme en France. Certains tribunaux provinciaux sont assez larges pour rendre la liberté aux sujets ayant commis des actes dangereux ; d'autres, spécialement ceux de la région parisienne, sont beaucoup plus sévères. La raison est facile à découvrir : dans les milieux où les réactions anti-sociales sont fréquentes et dangereuses, la conduite des magistrats, comme celle des médecins, s'adapte aux nécessités sociales. Sans vouloir revenir sur un sujet maintes fois discuté, une législation spéciale pour les aliénés dangereux, dans le sens du projet voté par le Sénat, est souhaitable» (1).

Cette citation de l'article précité de P. Giraud prouve surabondamment les dangers des conditions de sortie fixées par la loi de 1838 en ce qui concerne les aliénés criminels et les aliénés particulièrement dangereux. La sortie de ces malades, répétons-le, se fait dans les mêmes conditions que celle des aliénés ordinaires. Nous verrons dans un autre chapitre, pourquoi cette assimilation est irrationnelle. Le médecin traitant ne peut que bien rarement déclarer le malade guéri. Le plus souvent, en présence d'états mentaux constitutionnels, il est retenu par le souci d'assurer la protection de la société vis-à-vis d'un malade dont il ne peut garantir l'adaptabilité ultérieure à la vie sociale, malgré un comportement normal à l'asile. Le préfet adopte généralement les conclusions des médecins. La prudence de l'autorité préfectorale va même parfois jusqu'à refuser de prendre aucune décision, à l'égard des propositions de sortie concernant la catégorie de malades dont nous nous occupons : c'est l'attitude prise par le Préfet de Police dans le département de la Seine depuis 1919.

(1) P. Guiraud. Loc. cit.

L'article 29 de la loi de 1838, qui joue dans ce cas, rend la sortie trop facile. Le tribunal, en effet, doit se prononcer sur toute requête. Son rôle naturel est de défendre la liberté individuelle et c'est ainsi que le législateur de 1838 a compris son intervention. La preuve en est qu'aucune restriction n'a été apportée par la loi à son pouvoir de décision. Il ne peut qu'ordonner le maintien à l'asile ou la mise en liberté, sans avoir la possibilité de mettre des conditions à cette sortie ,d'autoriser une sortie d'essai, d'imposer une surveillance d'un malade libéré, etc. Il ne lui appartient même pas d'examiner les conditions de milieu ou d'existance dans lesquels va se trouver le malade, malgré leur importence considérable pour le comportement de l'individu réimplanté brusquement dans la société.

C'est parce que la sortie de l'asile est trop facilité par la loi, même en Belgique où existent pourtant des asiles de sûreté pour aliénés criminels, que Vervaeck s'est toujours montré favorable au traitement des aliénés criminels dans les annexes psychiâtriques des prisons, c'est-à-dire sous le régime pénitentiaire, et a proposé au Congrès de Médecine Légale de 1924 de «substituer aux méthodes pénitentiaires habituelles un régime qui s'assigne uniquement pour but de mettre le délinquant ou le criminel dans l'impossibilité de nuire, et de proportionner la durée de la peine à la durée de sa nocivité».

Il est vrai que dans la législation actuelle il peut être apporté un correctif à ce que nous serions tenté d'appeler la sortie abusive des aliénés criminels, difficiles et dangereux. Ce correctif consiste dans la création d'une commission médicale des sorties fonctionnant d'une façon régulière .Cette commission composée d'aliénistes, et appelée à fournir son avis sur toutes les demandes de mise en liberté adressées à l'autorité administrative, tient la place des experts prévus par divers projets de réforme de la loi sur les aliénés. Cette commission médicale, préconisée par le Docteur Arsimoles, dans la thèse de son élève Badoit (2), a été

(2) Badoit. Les aliénés criminels, leur sortie du quartier de sûreté. Thèse de Strasbourg 1923.

instituée par le Préfet du Bas-Rhin et fonctionne depuis le 10 février 1925 dans d'excellentes conditions, à tel point qu'elle est saisie tantôt par le Préfet, tantôt par le Tribunal même. Mais cette institution, si elle n'est pas contraire à la loi qui ne peut interdire à l'autorité de s'entourer d'avis éclairés, reste néanmoins précaire : elle n'offre aucun caractère d'obligation, ses avis pourraient n'être pas sollicités ; il pourrait même n'en être tenu aucun compte. Elle ne tient de la loi aucune autorité. Il suffirait qu'un préfet répugne à cette initiative pour qu'elle cesse automatiquement de fonctionner sans être remplacée par rien, aucune expertise n'étant imposée par la loi en vigueur.

Les considérations que nous venons de développer démontrent les lacunes de la législation actuelle dans son application aux aliénés criminels, difficiles et dangereux. Nous ne saurions donner de meilleure conclusion à cette étude que de reproduire les paroles prononcées par Marcel Briand à la Société Clinique de Médecine Mentale en 1910, au cours de la discussion d'une communication de H. Colin : l'anormal tournera toujours dans le même cercle (c'est-à-dire entre l'asile et la prison) «tant qu'au nom de la défense sociale on ne pourra pas dire à ces individus : Vous avez fourni la preuve répétée de l'impossibilité où vous vous trouvez de vivre dans la société, sans être pour elle une cause de troubles ; vous serez dorénavant enfermé dans un asile, et vous n'en pourrez sortir que le jour où vous aurez fourni la preuve évidente de votre réadaptation à la vie en liberté. Mais, à partir de maintenant, le doute dont bénéficie toujours l'accusé sera entièrement en faveur de la société, qui ne vous accueillera qu'après que vous aurez fait vous-même la démonstration de votre amendement» (1).

Ce point de vue est partagé, en dehors des milieux médicaux, par des magistrats. En préfaçant le livre de Paul Garnier «La folie à Paris», M. Barbier, premier président honoraire de la Cour de

(1) Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale, novembre 1910.

Cassation de Paris, a écrit les lignes suivantes: que fait-on des aliénés criminels? «On le séquestre, on le place dans un asile, Là, sous l'influence d'un traitement rationnel, son état s'améliore, le malade semble guéri. Mais c'est un malade d'une nature particulière. N'importe, le devoir du médecin, en présence des dispositions de la loi, c'est de lui ouvrir les portes de l'asile. Voilà donc rendu à la société un être qui a été un fou criminel. Or, j'ose dire que la récidive est à présumer. De tristes et monstrueux exemples ne l'ont que trop démontré. Un meurtrier instinctif redevenu libre! est-ce qu'il n'y a pas là de quoi épouvanter toutes les consciences? Il est irresponsable, avez-vous dit; mais n'allez-vous pas assumer une large responsabilité dans les nouveaux crimes que vous lui donnez la facilité de commettre? La raison crie bien haut au-dessus du respect de la liberté d'un être reconnu dangereux, il y a le principe de la sécurité sociale; l'asile *de sûreté s'impose*. Un établissement spécial doit être réservé aux aliénés criminels. Une séquestration particulière pour cette catégorie d'aliénés dangereux, un régime spécial sont nécessaires» (2).

Ces citations révèlent avec la plus grande netteté la tendance actuelle à adopter les notions nouvelles de nocivité et d'adaptation à la vie sociale. Ces notions sont inscrites en fait dans les propositions du projet de loi, rapporté par M. Strauss au Sénat en 1928, que nous allons reproduire.

Section IV. — Des condamnés devenus aliénés et des aliénés dits criminels.

ART. 30. — Les individus de l'un et de l'autre sexe condamnés à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles d'emprisonnement, qui sont *reconnus aliénés pendant qu'ils subissent leur peine*, et dont l'état d'épilepsie ou d'aliénation a été

(2) Paul Garnier, «La folie à Paris»; préface par le président Barbier.

constaté par un certificat du médecin de l'établissement pénitentiaire, seront, après avis du médecin désigné par le préfet, dans les conditions énumérées au paragraphe 2 du présent article, retenus par décision préfectorale jusqu'à leur guérison ou jusqu'à l'expiration de leur peine dans *les asiles ou quartiers de sûreté.*

Chaque année, les Ministres de la Justice, de la Guerre et de la Marine prescrivent une *inspection dans les prisons civiles et militaires* aux fins d'examen des détenus qui pourraient se trouver dans les conditions prévues au présent article. Cette inspection ne pourra être confiée qu'à des médecins en activité ou honoraires des asiles publics ou ayant passé avec succès le concours des médecins des asiles publics, à des professeurs titulaires ou agrégés des maladies mentales, à des experts spécialisés près des tribunaux ou à des chefs des centres militaires et maritimes de neuropsychiatrie.

Dans un délai de dix années des *annexes psychiatriques seront créées dans les établissements pénitentiaires.*

Art. 31. — Tout inculpé, prévenu ou accusé, qui est considéré comme *irresponsable à raison de son état mental au moment de l'action* et qui fait pour ce motif l'objet, soit d'une ordonnance ou d'un arrêt de *non-lieu,* soit d'un *acquittement* en cour d'assises, soit d'un acquittement par un tribunal correctionnel ou une cour d'appel, soit d'une *décision de la chambre des mises en accusation ou du président des assises* ayant ordonné une expertise mentale, sera *par décision de la même autorité, interné dans un des asiles prévus à la présente loi,* si le rapport du médecin expert conclut à la nécessité d'un internement.

Il en sera donné *avis au préfet,* avec copie du rapport médico-légal, par les soins du parquet, dans les huit jours de la décision

Art. 32. — Lorsque l'état mental de l'accusé en matière criminelle aura fait l'objet au cours de l'information ou au cours des débats d'une expertise concluant à une diminution de responsabilité, le jury sera appelé à répondre à la question suivante :

L'accusé doit-il être déclaré irresponsable à raison de son état mental au moment de l'action?

Dans l'affirmative, la Cour, conformément à l'article 31 pourra prononcer immédiatement l'internement ou ordonner la mise en observation dans un asile jusqu'au dépôt du rapport du médecin de l'asile appelé à procéder à son examen.

Après dépôt du rapport du médecin de l'asile, il sera statué sur l'internement ou la sortie par la cour d'assises, précédemment saisie hors la présence du jury.

Dans l'intervalle des sessions ou avant la réunion de la cour d'assises, il sera statué par la première chambre du tribunal civil statuant en chambre du conseil.

Art. 33. — Dans le cas ou l'inculpé, prévenu ou accusé, faisant objet de l'expertise, aura été reconnu *irresponsable au moment des poursuites mais non au moment de l'action*, avis de sa guérison devra être donné au procureur général, soit à l'autorité militaire ou maritime compétente en vue de la reprise éventuelle des poursuites.

Art. 34. — Les dispositions prévues aux articles précédents seront également appliquables devant les juridictions militaires ou maritimes.

Art. 35. — Des *asiles ou quartiers de sûreté seront aménagés*, dans les dix ans de la promulgation de la loi, pour recevoir des aliénés de l'un et l'autre sexe qui devront y être conduits, retenus et soignés en vertu des articles précédents.

*Les départements pourront s'associer* à cet effet dans les termes de l'article 2.

Le service médical de ces établissement devra être assuré par des *médecins du cadre des asiles publics*.

Art. 36 — Doivent également être conduits et soignés dans ces établissements spéciaux:

1° Les aliénés qui, déjà placés dans un asile, y commettent un acte qualifié crime ou délit contre les personnes;

2° Les aliénés déjà internés et qui, sans avoir commis d'actes qualifiés crimes ou délits, sont déclarés particulièrement dangereux par un rapport médical motivé;

3° Les condamnés reconnus aliénés, dont il est question à l'article 30, lorsqu'il serait dangereux de les remettre en liberté à l'expiration de leur peine ou même de les transferer dans l'asile de leur département.

Dans tous les cas, un rapport spécial est adressé au procureur de la République qui a, dans son ressort, l'établissement où le malade est placé. Ce magistrat en saisit aussitôt le tribunal qui statue, en chambre du conseil, sur le placement de ces malades criminels ou dangereux.

Art. 37. — Lorsque la sortie d'un malade interné dans un établissement de sûreté en vertu des articles 30, 31, 32, 36 est demandée, le médecin traitant est appelé à donner son avis motivé sur l'état du malade, et à dire s'il est ou non guéri, et si, en cas de guérison, une rechute est plus ou moins probable.

La demande de sortie et l'avis du médecin sont déférés de droit au tribunal du lieu qui statue en chambre du conseil, comme il est dit à l'article13, sur la dite demande.

Si la sortie n'est pas autorisée, le tribunal peut décider qu'il ne sera pas procédé à l'examen d'une nouvelle demande de sortie avant un délai de six mois au plus.

La sortie autorisée est toujours conditionnelle et révocable; elle est soumise à des mesures de surveillance réglées par le tribunal pour chaque cas particulier.

Si les mesures de surveillance voulues ne sont pas observées, ou s'il se produit une menace de rechute, le malade doit être immédiatement réintégré dans un asile ou quartier de sûreté par une nouvelle décision du tribunal, sans préjudice des mesures provisoires et d'urgence que pourrait être appelée à prendre l'autorité administrative après examen psychiatrique.

La sortie des aliénés difficiles ou vicieux est soumise aux mêmes formalités.

Tout malade soigné dans un asile ou quartier de sûreté peut être mis en liberté ou transféré dans un asile ordinaire par une décision du tribunal lorsque le médecin traitant certifie que le malade est devenu inoffensif.

Art. 38. — Avis de toutes les décisions de justice rendues en vertu des articles précédents, sera donné au préfet du lieu d'internement et copie lui sera donnée des rapports médico-légaux dont les malades auront fait l'objet.

Ce texte contient des dispositions tout à fait nouvelles, qui corrigent heureusement les imperfections de la loi de 1838. Il serait désirable qu'il soit voté et mis en application pour permettre enfin l'organisation de l'assistance des aliénés criminels et des aliénés difficiles et dangereux. Dans les chapitres suivants, nous allons examiner sous quelle forme cette assistance doit être pratiquée et quels résultats on peut en attendre.

## QUELS MALADES ONT LEUR PLACE AU QUARTIER DE SURETÉ?

Le projet de loi du gouvernement dont nous venons de reproduire le texte, détermine avec précision les catégories d'aliénés qui devront être admis dans les asiles ou quartiers de sûreté. Ce sont: les individus condamnés à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles d'emprisonnement, qui sont reconnus aliénés pendant qu'ils subissent leur peine, les inculpés reconnus irresponsables en raison de leur état mental au moment de l'action; les accusés qui auront été l'objet d'une expertise concluant à une diminution de la responsabilité; les aliénés qui, déjà placés dans un asile, y ont commis un crime ou délit contre les personnes; les aliénés déjà internés qui, sans avoir commis de crime ou de délit, sont déclarés particulièrement dangereux; enfin les condamnés reconnus aliénés qui, à l'expiration de leur peine, ne pourraieut être sans danger remis en liberté ou même transférés dans un asile ordinaire.

Au sujet des condamnés devenus aliénés en cours de peine, nous croyons qu'il y a lieu de faire une réserve au sujet de leur placement dans un asile de sûreté tant que la peine n'est pas terminée. Nous croyons préférable, en effet, de les conserver dans une annexe psychiâtrique de la prison, si cette annexe est conçue de façon à favoriser la guérison de la psychose subintrante.

Nous n'insisterons pas sur cette réserve qui nous entraînerait, dans une étude sur les annexes psychiâtriques des prisons,

en dehors de notre sujet. Nous nous limitons à l'étude des quartiers ou asiles de sûreté.

Pour établir de quelle façon ces établissements doivent être organisés tant au point de vue architectural qu'au point de vue de leur fonctionnement, il est nécessaire tout d'abord d'examiner de près quels sont les malades qu'on aura à y traiter. Nous allons procéder à une étude clinique de ces malades et des traits psychologiques qui dirigeront leur traitement.

Les catégories définies par la loi sont englobées généralement sous le nom d'aliénés criminels par la majorité des auteurs qui se sont occupés de la question.

Sérieux réunit sous ce nom :

1° les condamnés devenus aliénés en cours de peine ;

2° les aliénés ayant, sous l'influence de leur délire, commis des actes délictueux et criminels et reconnus irresponsables ;

3° les aliénés ayant commis des actes dangereux à l'asile ;

4° les sujets anormaux, dégénérés à instinct malfaisant, généralement considérés comme n'ayant qu'une responsabilité atténuée.

Ces derniers, qui sont pour la plupart des pervers instinctifs, ne doivent pas toujours leur internement à un acte délictueux ou criminel.

H. Colin s'est appliqué à distinguer les aliénés vicieux et les aliénés criminels qui, d'après lui, constitueraient deux catégories entièrement distinctes. Il réserve le terme d'aliénés criminels à ceux qui ont commis des crimes ; «Les vicieux ont commis des délits, souvent aussi sont restés à la limite du Code, et parfois n'ont rien fait de répréhensible, mais sont simplement insupportables dans les services ordinaires» (1). Ces derniers comprennent d'après lui, les groupes suivants : déséquilibrés, épileptiques, hystériques, fous moraux, parasites sociaux, «parasites récidivistes et exploiteurs des asiles, selon l'expression de Dr. Legrain» (2).

La distinction entre aliénés criminels et aliénés vicieux et difficiles, établie sur cette base, a une valeur indéniable du point

(1) Villejuif. Annales Méd.-Psychologiques, 1912.
(2) H. Colin, id..

de vue de la législation actuelle. Mais vis-à-vis du code pénal, elle est assez subtile. Entre le crime et le délit, la démarcation est parfois assez imprécise, et la nature de l'inculpation dépend des conditions de l'acte extérieures à la personnalité de l'inculpé. Nous pourrions citer tel cas où des poursuites pour tentative de viol se sont transformées au cours de l'instruction en outrage public à la pudeur. De même, il n'y a parfois que des nuances de procédure entre l'homicide et les coups et blessures ayant entraîné la mort sans intention de la donner. Dans tel autre cas, où les charges n'ont pu être prouvées, l'inculpation finale s'est réduite au délit de port d'arme prohibée. Il est difficile d'établir toujours une différenciation bien nette entre le crime et le délit; l'essentiel est à nos yeux qu'il y ait eu un acte punissable.

D'autr part des pervers instinctifs internés comme dangereux au quartier de sûreté de Hœrdt, n'avaient pas commis de délits motivant l'internement récent. Mais leur passé était émaillé de condamnations et d'internements qui suffisaient amplement à justifier pour eux la désignation d'aliénés criminels.

Du reste, dans nos statistiques, la majeure partie des aliénés internés au quartier de sûreté de Hœrdt se trouve avoir été en conflit avec la loi pénale, et avoir dû leur internement à des conclusions d'irresponsabilité d'une expertise. En effet sur 360 aliénés admis depuis dix ans, 297 étaient des aliénés criminels. L'asile de sûreté est donc habilité à recevoir indistinctement des aliénés criminels et des aliénés vicieux et difficiles. Au double point de vue juridique et médical, aliénés criminels, dégénérés vicieux non délinquants y sont également à leur place.

Le texte de loi que nous avons cité définit exactement les malades à placer dans les asiles de sûreté, mais sous l'angle de leur situation pénale, c'est-à-dire en ne considérant que leurs actes. Malgré sa valeur aux yeux de l'autorité dont elle oriente les décisions, cette définition ne peut nous suffire. Il nous importe de déterminer les variétés cliniques correspondantes.

L'expérience de la 3e section de l'asile de Villejuif et du quartier de sûreté de Hœrdt permet de donner une réponse médicale à la question: quels malades doivent être traités dans un asile ou quartier de sûreté?

H. Colin a fourni dans plusieurs travaux la notion clinique de l'aliéné auquel convient le quartier de sûreté. Parmi les aliénés vicieux et difficiles, il a distingué plusieurs groupes :

1° Les habitués des asiles, malades à internements et condamnations multiples, comprenant les débiles moraux, les alcooliques transitoires, les épileptiques et les hystériques à attaques rares ;

2° les alcooliques et les épileptiques vrais à réactions dangereuses et violentes ;

3° les délirants qui, sous l'influence de leurs tendances impulsives et dangereuses, se sont laissés aller à commettre des crimes.

Cette classification est loin d'englober tous les malades qui auront leur place dans un quartier de sûreté. Si elle constitue un progrès sur l'époque où tous les psychopathes constitutionnels étaient réunis dans la grande classe des dégénérés, elle ne répond pas néanmoins à la nécessité de distinguer des groupes cliniques suivant le traitement dont ils sont justiciables. Le pronostic est aussi très différent suivant les divers groupes.

Cette double considération justifie, à notre avis, une classification plus précise et plus complète. Cette classification doit, pour pouvoir être tentée utilement, avoir pour base non plus le comportement, l'activité pathologique des malades, mais leur psychopathologie.

Pour faire œuvre clinique et pour diriger le traitement, il faut «considérer d'abord l'individu, sa personnalité, rechercher sa constitution psychopathique ; ce n'est qu'en second lieu qu'on doit envisager l'acte commis, avec les mobiles et les conditions de son exécution» (1). La plupart des classifications proposées sont au contraire criminologiques, ayant pour base les caractères de la délinquance ou de la criminalité.

Aussi, pour rester sur le terrain clinique, avons-nous dû rechercher les éléments d'une classification dans les documents statistiques mis à notre disposition.

---

(1) Arsimoles et Caïn. Les délinquants anormaux. Etude clinique et médico-légale. Mémoire couronné par l'Académie de Médecine (prix Magnan) 1924.

Nous avons relevé le nombre des aliénés internés au quartier de sûreté de Hœrdt depuis dix ans : il y en a eu 360, venant soit directement de la prison préventive après non-lieu ou, — déjà condamnés, — des maisons de détention ; soit — par transfert — des divers établissements d'aliénés de France, un certain nombre en provenance de la 3e section de l'asile de Villejuif.

En examinant en détail l'histoire clinique de chacun de ces malades, nous avons été amené à les répartir d'abord en deux grands groupes : les aliénés proprement dits, atteints des psychoses bien définies et répondant à la nosologie classique ; les psychopathes constitutionnels, tous reconnus irresponsables à l'occasion de faits délictueux, et qui autrefois auraient été réunis sous le nom de dégénérés, sans que la doctrine de la dégénérescence eût permis les tentatives de classement auxquelles il est nécessaire de s'essayer aujourd'hui.

Sur 360 malades, nous en avons trouvés 166 atteints de psychoses diverses, qui devaient leur placement au quartier de sûreté à la gravité de leurs réactions ou à l'impossibilité reconnue de les conserver dans un asile ordinaire.

Ces 166 aliénés se décomposent ainsi :

| | |
|---|---|
| Psychose maniaque-dépressive | 13 |
| Mélancolie d'involution | 1 |
| Etats dépressifs | 5 |
| Manie raisonnante | 3 |
| Délire hallucinatoire chronique | 25 |
| Délire hallucinatoire alcoolique | 6 |
| Paranoïa délire d'interprétation | 22 |
| délire de revendication | 5 |
| Démence précoce | 37 |
| Démence paranoïde | 7 |
| Hébéphrénie | 8 |
| Paraphrénie | 2 |
| Paralysie générale | 6 |
| Démence syphilitique | 1 |
| Syphilis cérébrale avec constitution paranoïaque | 1 |
| Démences organiques diverses | 8 |
| Psychoses post-traumatiques | 6 |
| Psychoses pénitentiaires | 10 |

| | |
|---|---|
| Alcooliques chroniques | 38 |
| Epilepsie alcoolique | 4 |
| Epilepsie | 7 |
| Epilepsie à réactions dangereuses | 9 |

Cette classification appelle les réflexions suivantes:

1° Les paralytiques généraux n'auraient pas dû trouver place au quartier de sûreté, où les conditions de traitement leur sont très défavorables. Ils y sont venus par décision administrative au terme d'une inculpation. Ils font partie de la catégorie d'aliénés que Vervaëck appelle «des aliénés criminels médicaux», qui ne diffèrent que par leurs réactions délictueuses des malades traités dans des asiles ordinaires. Ils ont d'ailleurs tous été éliminés du quartier de sûreté dès le diagnostic posé, et traités dans un quartier ordinaire.

2° Les déments précoces sont plus nombreux qu'il ne semble rationnel, et l'on pourrait être étonné qu'ils aient été admis au quartier de sûreté, où n'est pas leur place du jour où la démence est constituée. Mais il s'agit de sujets ayant commis des crimes ou des délits dans la période d'invasion de leur maladie appelée «période médico-légale prodromique de la démence précoce». Cette période s'est trouvée, dans la plupart de cas, très prolongée, et au moment de l'expertise, les malades se présentaient tantôt comme délirants, tantôt comme débiles pervers; aucun signe ne permettait de poser le diagnostic de démence précoce. Dès que l'évolution de leur maladie a atténué leur nocivité jusqu'à la rendre analogue à celle des aliénés ordinaires, ils ont quitté le quartier de sûreté.

3° Les autres cas de psychoses ayant entraîné des réactions judiciaires qui motivent leur placement dans un quartier de sûreté y sont maintenus ou en sont éliminés, suivant le critérium de la conscience plus ou moins grande de leurs actes et suivant leur nocivité.

4° Dans la classification ci-dessus figurent 10 cas de psychoses pénitentiaires ayant présenté les diverses formes cliniques connues de ces psychoses un peu particulières.

5° Nous avons rangé parmi les aliénés vrais les cas de paranoïa, dont le chiffre est élevé. En réalité, ce groupe contient des faits très disparates. A côté des délires d'interprétation, il contient des délires de revendications et certains cas de délire passionnel qui ne peuvent cliniquement en être distraits, mais qui constituent parfois des formes de transition entre les psychoses et l'équilibre psychique. Ces cas de transition, auxquels convenait parfaitement le nom de «fous lucides» que leur appliquait Trélat, sont parmi les malades les plus nocifs et ont leur place marquée dans un quartier de sûreté.

Ces considérations justifient le maintient au quartier de sûreté, pour une période plus ou moins longue, de cas des psychoses qui sembleraient à priori ne pas y trouver place.

A côté du groupe des psychoses, mais en dehors d'elles, doivent être rangés les alcooliques et les épileptiques à placer au quartier de sûreté. Avec 42 cas, les alcooliques fournissent un chiffre appréciable de la population, et des réactions criminelles particulièrement graves.

Dans ce chiffre ne figurent que les intoxiqués sans délire secondaire, à l'exclusion de tous les aliénés ou psychopathes ayant présenté un appoint alcoolique. Ce sont ceux pour lesquels existent dans divers pays étrangers, et particulièrement en Suisse, des établissements de buveurs et une législation spéciale. Au quartier de sûreté, où ils arrivent le plus souvent après disparition de l'épisode aigu à la faveur d'un emprisonnement assez prolongé, ils ont presque toujours recouvré l'intégrité intellectuelle.

Les épileptiques nous ont fourni 16 cas. 7 d'entre eux ont été internés après des délits en dehors de toute période crépusculaire ou de troubles mentaux relevant de l'épilepsie. 9 étaient des épileptiques à réactions dangereuses avec troubles du caractère particulièrement accentués, qui les rapprochent des psychopathes constitutionnels.

Le groupe de psychopathes constitutionnels comprend 136 cas dans notre statistique. Ces malades sont particulièrement difficiles à classer si l'on veut en distinguer les diverses variétés; distinction importante et nécessaire pour leur groupement dans le quartier de sûreté et la direction du traitement. Nous n'avons trouvé dans la littérature aucune classification aussi détaillée que cel-

le que nous essayons de fournir : les auteurs les rangent, en général, dans des groupes très larges. Il nous a semblé cependant qu'on pouvait serrer la question de plus près en partant de trois critériums : le niveau intellectuel, les perversions instinctives, les constitutions morbides. Nous avons rencontré dans notre tentative des difficultés parfois considérables ,tant sont variables les psychologies morbides individuelles et les associations symptômatiques. D'autre part, tantôt la vie anti-sociale de certains malades est une conséquence du développement de certaines tendances morbides, tantôt au contraire, elle est liée au fond morbide constitutionnel lui-même (instabilité, parasitisme social, etc.). Nous ne sommes parvenus à surmonter les difficultés du classements qu'en dégageant la dominante du fond morbide de nos malades, observés assez longuement pour rendre possible cette tâche.

Nous sommes arrivés ainsi à une classification qui peut être discutée, mais que nous croyons offrir l'avantage de la clarté.

*Classification des psychopathes constitutionnels.*

| | |
|---|---|
| Débiles mentaux | 15 |
| Débiles asociaux | 2 |
| Débiles amoraux | 17 |
| Débiles pervers instinctifs | 16 |
| Parasites sociaux et alcooliques | 8 |
| Déséquilibre mental (niveau intellectuel supérieur) | 12 |
| Déséquilibre émotif (constitution émotive de Dupré) | 4 |
| Impulsifs | 2 |
| Pervers instinctifs (1 :) | |
| a)avec prédominance d'une tendance morbide : | |
| 1) pervers sexuels | 13 |
| 2) pervers instables | 2 |
| 3) pervers par instinct d'opposition | 1 |

(1) La répartition des pervers entre plusieurs variétés est inspirée du Rapport de Dupré sur «Les perversions instinctives». Congrès de Tunis, 1912.

4) pervers avec malignité constitutionnelle .... 3
5) pervers impulsifs ..... 6
6) pervers asociaux ..... 3

b) avec combinaison de plusieurs perversions instinctives et association des constitutions morbides:

1) pervers diffus ..... 15
2) pervers amoraux ..... 11
3) pervers post-encéphalitiques ..... 6

Le groupe des habitués des asiles disparaît de notre classification parce que celle-ci vise à être essentiellement clinique. Une fois la législation nouvelle promulguée, le mécanisme de l'internement, avec décision de l'autorité judiciaire basée sur une expertise, fera disparaître les internements multiples et diminuera sensiblement le nombre des récidivistes à responsabilité atténuée qui sont aujourd'hui condamnés. D'ailleurs, parmi nos malades, très peu étaient des criminels primaires; la plupart avaient subi plusieurs condamnations et plusieurs internements, alors que rien ne les désignait comme devant rentrer dans la catégorie des habitués des asiles.

Nous avons donné à ceux qui recherchent tantôt la prison, tantôt l'asile le nom de parasites sociaux.

Quelques explications sont nécessaires sur certaines variétés que nous avons constituées:

1° L'étiquette de *débiles mentaux* convient aux sujets déficients intellectuels à un degré variable, dont l'activité délinquante ou anormale est simplement le fait de l'incompréhension des règles sociales, et auxquels il suffit d'une tutelle de fait pour pouvoir vivre dans la société.

2° Les *débiles asociaux* se distinguent des précédents en ceci que leur adaptation n'a jamais pu se faire spontanément, sans qu'aucune perversion des instincts les porte à nuire. C'est parmi eux que l'on rencontre des individus instables en même temps que déficients auxquels on n'a guère à reprocher que le vagabondage d'habitude.

3° Nous considérons comme *débiles amoraux* ceux dont l'amoralité ne paraît pas foncière, mais est plutôt une résultante. Ceux-ci sont toujours des délinquants victimes de leur suggestibilité, sous l'influence de laquelle ils ont été pervertis.

4° Le groupe des *débiles pervers* associe les perversions instinctives à une déficience notable, celle-ci étant prédominante au point de favoriser le développement des instincts morbides.

5° *Les impulsifs* sont des malades dont la note prédominante est une activité réflexe qui les conduit fatalement à des actes de violence, sans qu'on puisse déceler chez eux autre chose qu'une absence d'inhibition. S'il existe dans leur passé de la délinquance, c'est toujours sous la forme de violence.

Le grand groupe des pervers instinctifs comprend tout un ensemble de cas disparates (60 cas dans notre statistique) qu'il nous a paru utile de différencier, toujours en vue de la thérapeutique. Tous présentent des lésions de plusieurs tendances différentes. Chez les uns l'une de ces tendances morbides est prédominante : c'est ainsi que nous distinguons des pervers sexuels, des pervers instables, des pervers par trouble de l'instinct d'opposition (révoltes), des pervers à malignité constitutionnelle, dont la nocivité s'exerce avec un plaisir et sous une forme qui la rend redoutable ; des pervers impulsifs, des pervers asociaux qui se caractérisent par des altérations graves et prédominantes de l'instinct de sociabilité. Dans un autre groupe, il y a combinaison de plusieurs tendances morbides sans prédominance de l'une d'elles. Nous y rangeons : les «*pervers diffus*» (1), ce terme s'appliquant aux sujets chez lesquels l'instinct de conservation, les sentiments affectueux qui, selon Dupré, sont la plus haute expression de l'instinct de reproduction, et l'instinct d'association sont altérés dans des proportions diverses, mais importantes, pour constituer une psychologie particulièrement nocive ; les *pervers amoraux* qui se distinguent des précédents par ce fait qu'ils sont des amoraux-nés, des inva-

(1) Arsimoles et Caïn: loc. cit.

lides moraux suivant l'expression de Mairet et Euzière (cette variété comprend une partie des malades que l'on désignait jadis sous le nom de «fous moraux»). Leurs réactions sont toujours amorales et affectent les formes les plus perturbatrices de la vie sociale ; les *post-encéphalitiques,* qui sont si semblables aux pervers diffus, ont fait l'objet d'un groupe à part uniquement parce que leurs perversions instinctives ne sont pas congénitales, mais sont causées par la maladie cérébrale.

Toutes ces variétés de psychopathes ont leur place marquée dans un quartier ou asile de sûreté.

## LES DIRECTIVES DU TRAITEMENT.

Il ne nous est pas possible de tracer ici le tableau clinique de chacune des variétés que nous avons essayé de classer; il y faudrait un livre entier, et cela nous écarterait de notre but. Nous allons étudier les divers moyens de traitement à leur appliquer.

Les faits nous ont amené à séparer dans notre classification deux grands groupes généraux: celui des aliénés proprement dits et celui des psychopathes constitutionnels. Pour le premier comprenant des psychoses bien classées, nous n'aurons que peu de choses à en dire, les méthodes de traitement devant être les mêmes dans un asile de sûreté que dans un asile ordinaire. Si ces aliénés, parmi lesquels figurent un nombre important de délirants, des déments précoces, des déments organiques, sont placés dans un asile de sûreté, c'est uniquement en raison de leurs réactions criminelles. C'est leur nocivité qui a fait décider leur admission dans un service spécial.

Comment les répartirons-nous dans ce service? D'après quel critérium? Celui de l'intégrité intellectuelle. En partant de cette base, nous conserverons nombre d'entre eux dans le service d'admission du quartier de sûreté seulement pendant la durée d'observation nécessaire pour juger de l'intensité de leurs réactions, de leur nocivité, de leurs possibilités de travail, etc. Au terme de cette observation, nous les dirigerons sur un quartier d'asile

ordinaire, si leur état le permet. Pour les cas qui ont conservé une intégrité intellectuelle suffisante en dehors de l'objet de leur délire, comme la plupart des paranoïaques de notre statistique et pour les psychoses qui conservent une nocivité dangereuse, nous les conserverons au quartier de sûreté tout en les séparant des autres groupes. A ces malades ne s'applique aucune des considérations thérapeutiques que nous allons développer pour les psychopathes constitutionels.

Au-dessus des particularités cliniques qui distinguent les diverses variétés de psychopathes constitutionnels, il y a certains traits communs qui les caractérisent tous, qu'ils soient débiles simples, pervers ou amoraux, ces derniers occupant le degré le plus élevé dans l'échelle de la nocivité sociale.

Analysons ces traits communs pour en déterminer la valeur et l'importance, et fixer les directives du traitement.

En premier lieu vient l'hérédité morbide, qui n'est peut-être pas constante, mais apparaît si fréquemment qu'on est en droit de la considérer comme un caractère générique. C'est l'hérédité morbide, en effet, qui avait fourni avec Morel et Magnan les éléments pour constituer la grande classe des dégénérés. A l'époque où régnait sans conteste la doctrine de la dégénérescence mentale, on considérait volontiers la tare héréditaire comme pesant inéluctablement sur toute la vie d'un individu, qui ne pouvait échapper aux conséquences fatales de la prédisposition morbide. Actuellement, avec les progrès de l'hygiène mentale, on est devenu moins pessimiste. On fait la part des conditions d'existence, des influences de milieu, des circonstances diverses qui contribuent à orienter l'activité du prédisposé. Il est difficile de doser la part qui revient dans la délinquance ou les autres réactions anti-sociales à l'hérédité morbide, et celle des conditions sociales. Il n'est pas douteux que celle de l'hérédité ne soit très importante. Mais la substitution de la notion des constitutions psychopathiques à celle de la dégénérescence mentale a apporté une atténuation dans le pronostic sévère qui était jadis la régle. La constitution psychopathique, transmise par hérédité, est une infirmité chronique et non une maladie à évolution déterminée : elle crée un terrain spécifique favorable au développement de psychoses transitoires ou durables ; manière d'être originelle et permanente de la person-

nalité, persistant pendant tout le cours de la vie, elle ne conduit pas néanmoins fatalement à la psychose. Nous avons connu tels malades ayant une constitution paranoïaque, qui ont été internés pour des actes tout différents de ceux que l'on pouvait prévoir (outrage public à la pudeur dans un cas) et qui n'ont jamais présenté de paranoïa même atténuée. Dans leur livre sur l'hygiène mentale, Bouyer et Martin-Sisteron (1) ont fixé des règles de thérapeutique préventive qui ,appliquées aux jeunes psychopathes, arrêtent le développement des tendances constitutionnelles ou les transforment. L'efficacité de ces règles, quoique relative, est bien établie aux yeux des cliniciens qui observent des adolescents anormaux. C'est dire que l'hérédité psychopathique, dans bien des cas, n'est pas absolument irrémédiable.

Régis, en étudiant la catégorie de dégénérés qu'il a appelés dégénérés moraux, les définissait par les caractères suivants : amoralité, inaffectivité, inadaptabilité, impulsivité. Outre que ces qualificatifs ne s'appliquent pas à tous les psychopathes constitutionnels, on ne saurait plus aujourd'hui ,alors que l'on s'est dégagé de la doctrine de la dégénérescence et de la conception périmée de la folie morale, se contenter de caractériser ainsi ces psychopathes. On dénombre leur tendances constitutionnelles ; on recherche comment les déviations d'instincts s'associent et dans quelle mesure ; on étudie la psychologie morbide individuelle en poussant l'analyse aussi loin que le permettent nos ressources cliniques. On ne peut plus se contenter de constater l'impulsivité chez un malade ; il faut étudier les caractères de ses actes, d'autant plus que la conception des impulsions s'est beaucoup modifiée depuis l'époque où Régis leur attribuait comme trait dominant l'irrésistibilité.

La classification que faisait Régis des impulsions distinguait les impulsions involontaires et inconscientes des aliénés, les impulsions conscientes, tantôt psychomotrices à réflexe retardé, sans action sérieuse d'inhibition et avec exécution fatale, — tantôt psychiques à réflexe interrompu, avec lutte anxieuse contre la tendance au réflexe, et pouvoir d'inhibition souvent victorieux. On

(1) Bouyer et Martin-Sisteron. L'Hygiène mentale et nerveuse individuelle. — Maloine, 1926.

a reproché à la conception de Régis de baser l'impulsion sur la tendance au réflexe.

Verger (1) distingue soigneusement l'impulsion consciente du réflexe. Pour lui, l'impulsion est la tendance à réaliser un acte, une conception apparue dans la conscience. La délinquance à type de réflexe appartient aux aliénés. La délinquance impulsive présente plusieurs formes: l'une obsédante, et plusieurs autres que cet auteur appelle la «moyenne» et la «petite délinquance impulsive». Pour lui, s'il y a des impulsions impérieuses, irrésistibles, il y en a de nombreuses pour lesquelles il est légitime de mettre en doute leur irrésistibilité.

Dubuisson et Vigouroux (1) ont fait remarquer qu'il est paradoxal de considérer comme irrésistibles des impulsions dans lesquelles l'acte peut être évité par la victoire du pouvoir inhibiteur. Ils définissent les impulsions «des désirs exagérés, inopportuns, absurdes ,dangereux quelquefois, qui veulent être satisfaits malgré les représentations de l'intelligence». Ces auteurs n'ont pas trouvé dans la littérature ou leurs observations un seul cas d'impulsion criminelle répondant complètement au type admis par les auteurs.

Les tendances morbides instinctives ont pour essence de se développer jusqu'à leur complète réalisation. C'est ainsi que Th. Ribot fait de l'impulsivité une anomalie permanente du caractère. Dans une pénétrante anlayse, il montre le mécanisme de réalisation de ces tendances dans l'acte final, leur puissance venant de leur origine constitutionnelle. «Le désir, disent Dubuisson et Vigoureur, n'a d'autre effet que de montrer à l'activité le but qu'elle attend impatiemment. Il peut même arriver que l'activité se passe d'aucun désir immédiat. Il suffit qu'un désir antérieur ait déterminé une action pour que l'activité ait une tendance à la reproduire et parfois contrairement au désir présent» (1).

---

(1) Verger. — L'évolution des idées médicales sur la responsabilité des délinquants. — Flammarion, 1923.

(1) Dubuisson et Vigouroux. — «Responsabilité pénale et folie». — Alcan, 1911.

Ceci nous explique bien de récidives d'actes délictueux ou criminels : le jeu des anomalies affectives qui tendent toujours à se réaliser, ce qui est le mécanisme même de l'impulsion, se renforce à chaque nouvel acte, de sorte que l'individu, devenu le jouet de ses tendances morbides, ne leur oppose plus aucune résistance, si tant est qu'il ait essayé de réagir lors de son premier délit. Nous sommes loin du caractère de l'irrésistibilité que l'on attribuait autrefois à l'impulsion criminelle comme à toutes les impulsions en général. Les conséquences de l'abandon de cette conception sont importantes au point de vue thérapeutique. Déclarer que les actes étaient déterminés par une force à laquelle le sujet ne pouvait résister, c'était lui garantir l'impunité sa vie durant. Si l'irrésistibilité n'est plus admise, l'accomplissement cesse d'être fatal : l'acte peut être évité si une inhibition est exercée. On peut se demander s'il est possible chez ces sujets de créer dans leur vie affective un frein à l'accomplissement de leur tendances morbides. Dubuisson et Vigouroux ont répondu positivement à cette question par leur critérium de l'intimidabilité. La crainte d'une sanction, l'intérêt qu'ils ont à l'éviter est de nature à produire l'inhibition désirable, même chez les psychopathes constitutionnels. Dubuisson et Vigouroux estiment que lorsqu'il n'en est pas ainsi, c'est que les sanctions ne sont pas suffisantes ; qu'on les rende efficaces, et elles créeront la barrière nécessaire à l'activité délictueuse. L'expérience du quartier de sûreté nous a prouvé le bien-fondé de cette opinion. Nous avons observé en effet plusieurs malades que des condamnations répétées à des peines même graves (réclusion) n'avaient pas amendé, alors qu'un séjour prolongé pendant plusieurs années au quartier de sûreté a modifié leur activité, a permis leur sortie, et qui depuis lors se sont attachés à éviter des nouveaux conflits avec la justice.

Le cas le plus typique que le Docteur Arsimoles ait observé à Hœrdt est le suivant :

B.... fils d'alcoolique, appartenant à une famille criminelle dans laquelle il a été élevé. Dès l'âge de 14 ans, a vécu en instable amoral, travaillant très irrégulièrement, se faisant condamner plusieurs fois pour vol, mendicité, vagabondage. Placé par le tribunal dans une colonie pénitentiaire à 15 ans. Participant à un complot, assassina sans motif un chef d'a-

telier de la colonie, ce que lui valut une condamnation à 2 ans et 6 mois de prison. Appelé sous les drapeaux dès sa sortie de prison, il déserta, s'engagea dans la Légion étrangère, s'enfuit de nouveau. Revenu en Alsace et emprisonné pour désertion et outrages envers un supérieur, il se faisait remarquer par son irascibilité et ses violences au point de nécessiter une observation à l'hôpital militaire de Mayence (section psychiâtrique). Une tentative de suicide n'aboutit pas et fut suivie quelques jours après d'une tentative d'homicide sur un sous-officier dans un accès de fureur. Isolé, il démolit les locaux et s'évada. Ce fait nécessita l'internement au cours duquel, au bout de 2 mois, il se livra à une agression contre le médecin qui ne lui donnait pas sa sortie, puis contre un surveillant.Transféré à l'asile de Stephansfeld, puis au quartier de sûreté de Hœrdt, il s'y fit remarquer par sa nocivité, son indiscipline, sa tendance aux complots. Après un séjour de 11 ans, il réussit à s'évader grâce à la complicité de son frère, qui lui avait apporté une scie à métaux et un poignard pour s'en servir au cas où l'on s'opposerait à son évasion. Il se rendit à l'étranger (Luxembourg, Belgique, Allemagne) et y vécut pendant 7 ans, sans autre incident qu'une condamnation pour fausse déclaration d'identité. Pendant cette période, il travailla régulièrement, d'après les certificats fournis. D'une correspondance entre les autorités française et belges, il ressort qu'une demande du ministre des Affaires Etrangères en vue de son internement dans un asile de Belgique n'eut pas de suite, l'enquête ayant établi que B.... travaillait régulièrement chez un cultivateur, se conduisait bien et ne manifestait aucun symptôme de trouble mental. Ses requêtes en vue d'obtenir sa mise en liberté définitive, qui lui aurait permis de rentrer en Alsace sans être inquiété, se heurtèrent à un avis médical défavorable ainsi exprimé: «S'il est exact que B.... s'est conduit correctement depuis son évasion, il n'est pas douteux que sa situation irrégulière ne soit un frein puissant contre toute manifestation de son impulsivité et de sa violence constitutionnelle. S'il est autorisé à revenir librement en Alsace, la crainte d'être réintégré au quartier de sûreté disparue, il y a lieu de redouter qu'il ne se livre de nouveau à des actes graves....».

Voilà un cas très net où la crainte d'une sanction et le désir croissant du retour au pays natal ont agi puissamment comme frein, là où la repression pénale avait échoué antérieurement, chez un pervers impulsif, instable et amoral. L'intimidation a été efficace pendant plusieurs années d'une façon évidente. Ce fait typique appuie les conclusions émises ci-dessus: il faut chez nos malades créer une inhibition assez puissante pour que son efficacité soit permanente. Le traitement au quartier de sûreté est de nature à créer cette inhibition.

Certains malades échappent, il est vrai, à cette influence : ce sont ceux qui sont foncièrement inintimidables ; mais ils sont loin de constituer la majorité. La plupart étaient réputés inintimidables parce que l'internement dans un asile ordinaire, d'où ils sortaient trop facilement pour y revenir plusieurs fois après des conclusions médico-légales, avait eu un effet défavorable : il équivalait à un certificat d'impunité, dont ils se hâtaient de faire état à chaque nouvelle infraction. Le passage dans un quartier de sûreté a par contre une influence intimidatrice certaine. Lorsqu'ils ont réussi à en sortir, leur objectif dominant est d'éviter leur réintégration dans ce service, où ils savent que l'internement peut se prolonger pendant une durée souvent longue, et toujours indéterminée. En fait, a part de rares exceptions, les malades qui en sont sortis n'y ont pas fait de nouveaux séjours. L'un d'eux, arrêté de nouveau à Paris quelques jours après sa mise en liberté, a préféré dissimuler sa sortie récente du quartier de sûreté, et s'est laissé condamner à une peine de prison, plutôt que de faire état du certificat de sortie régulière qu'il détenait et d'être réinterné au quartier de sûreté de Hœrdt.

Le traitement dans un quartier de sûreté exerce donc une intimidation certaine, et celle-ci est très supérieure à celle de la répression pénale, d'autant plus que celle-ci est généralement affaiblie, pour les psychopathes, par l'admission de circonstances atténuantes sous forme d'atténuation de la responsabilité.

Nous venons d'insister sur des faits prouvant qu'un traitement au quartier de sûreté produit un effet d'intimidation, chez des sujets réputés jusque là inintimidables de par leur constitution morbide même. Comment agit l'intimidation ? D'une part la sévérité nécessaire du régime dans un quartier de sûreté, où il convient d'établir et de maintenir une certaine discipline ; d'autre part l'impossibilité de se soustraire à l'internement par des moyens irréguliers (évasion beaucoup plus difficile que dans un asile ordinaire) concourent à l'intimidation. La durée indéterminée du séjour au quartier de sûreté agit plus puissamment encore : effet heureux que ne peut se proposer aucune sanction judiciaire. C'est un fait d'observation quotidienne que des malades réclament avec

insistance leur comparution devant les tribunaux pour se voir infliger une peine, plutôt que d'être traités au quartier de sûreté où ils ignorent la durée du traitement.

Mais l'efficacité maxima revient aux conditions de la sortie. Le projet de loi récent entoure la sortie de précautions qui n'avaient pas paru s'imposer au législateur de 1838. Elle dresse les barrières que nécessite le souci de la défense sociale. En effet, c'est le tribunal qui dans tous les cas se prononce sur la demande de sortie. Il n'intervient plus, comme dans la législation en vigueur, comme une soupape de sûreté, si l'on peut s'exprimer ainsi, contre l'arbitraire administratif. D'autre part, le médecin traitant, dont l'avis doit éclairer le tribunal, n'est plus appelé seulement à dire si le malade est ou non guéri, mais encore «si, en cas de guérison, une rechute est plus ou moins probable». C'est en cela que s'exprime la préoccupation d'éviter les sorties prématurées ou non désirables. La notion de nocivité du malade est implicitement contenue dans cette formule. Nous sommes persuadés que la pratique de la loi nouvelle dégagera clairement cette notion et qu'il en résultera une grande prudence dans la libération des psychopathes constitutionnels. En second lieu, la sortie ne sera pour ainsi dire jamais définitive, puisque essentiellement conditionnelle et révocable. Elle sera soumise à des mesures de surveillance réglées par le tribunal pour chaque cas particulier, et suivie de réintégration d'office dans un asile ou quartier de sûreté en cas d'infraction à ces mesures ou en cas de menace de rechute (article 37). Pour qui connaît la crainte qu'éprouvent les malades traités au quartier de sûreté d'y revenir si leur comportement social exige leur réinternement, il n'est pas douteux que cette disposition de la loi aidera énergiquement à la défense sociale, en créant une inhibition permanente et puissante. C'est pourquoi tous les psychiatres sont unanimes à réclamer le vote de la loi nouvelle.

Tels sont les moyens d'intimidation dont nous disposons. Nous tenons à faire remarquer, à la fin de cet exposé, que le terme d'intimidation a un sens tout différent du sens péjoratif que lui attribue le langage courant. Nous ne parlons pas la même lan-

gue que le personnel pénitentiaire, pour lequel l'intimidation résulte des sanctions disciplinaires. L'intimidation, pour nous, a une portée essentiellement médicale. Elle ne limite pas son action à l'heure présente, mais son efficacité est à longue échéance. Dans le quartier de sûreté la psychothérapie, qui y a sa place plus que partout ailleurs, doit se présenter sous une forme spéciale : le médecin impose à ses malades la notion que tout acte a des conséquences que doit supporter celui qui l'a commis ; il ne sert à rien de chercher à échapper à ces conséquences ; il est préférable, dans l'intérêt même de l'individu, d'éviter toute occasion de commettre un acte nuisible. Démontrer à nos malades la gravité des infractions pénales ou des réactions anti-sociales qui pèsent sur leur passé, c'est faire œuvre vaine, tant ils sont habiles à se justifier à leurs propres yeux. Au contraire, leur inculquer dans des répétitions patientes la notion ci-dessus, par des exemples tirés de leur propres déboires, est infiniment plus efficace, comme nous l'avons constaté nous-même à maintes reprises. Plus que toute autre, cette idée qui émeut leur égotisme est susceptible de pénétrer leur affectivité : procédé à la fois de psychothérapie et d'intimidation.

La Commission médicale des sorties, dans chacun des cas qui lui est soumis, se trouve en présence de problèmes délicats. Il lui faut apprécier avec exactitude le degré de nocivité actuelle du malade, examiner dans quelle mesure il est susceptible de s'adapter ou de réadapter à la vie sociale. Lorsqu'elle donne un avis favorable à la sortie, c'est qu'après avoir tout pesé, elle estime que la nocivité est tout au moins diminuée, sinon disparue, et qu'il est possible de livrer le malade à ses propres forces dans le milieu social sans dommage pour la collectivité.

Cela suppose que chez les psychopathes constitutionnels le refoulement de leurs tendances nocives peut parfois être obtenu. Un traitement bien conduit peut faire de cette hypothèse une réalité, dans une proportion que la statistique nous fournira. Etudions les moyens thérapeutiques qui se donnent pour but de réduire la nocivité des psychopathes constitutionnels.

Nous avons parlé plus haut de psychothérapie. Chez les psychopathes constitutionnels, l'action morale continue du médecin est plus nécessaire encore que dans les psychoses. Elle doit s'imposer au malade, car celui-ci ne la recherche pas tout d'abord, et souvent même se défend contre son médecin. Nous avons maintes fois vu des malades d'une nocivité élevée lors de l'admission, même lorsqu'ils avaient déjà séjourné dans des asiles ordinaires, résister à l'influence médicale pendant une durée plus ou moins longue, qui atteint parfois plusieurs années. La malade se plaît à nuire même dans l'établissement, et se répand en protestations contre sa situation, contre la discipline à laquelle il est astreint, en récriminations contre le médecin qui le retient, etc. Le médecin n'arrive point d'abord à se faire écouter; peu à peu, par une pression patiente et en s'aidant des moyens d'intimidation que nous avons exposés, il arrive presque toujours à faire accepter ses conseils. Ils sont rares les malades qui, ayant fait l'expérience de l'inutilité de l'opposition, y persistent. La plupart du temps ils se soumettent progressivement à la direction qui leur est imprimée, et sollicitent même des conseils qu'ils refusaient primitivement. Il suffit alors d'implanter chez eux de plus en plus fortement la conviction que seule une modification de leur activité, une amélioration de leur état mental peut les conduire à la liberté. Nous avons vu ainsi des malades s'efforcer de dominer leur impulsivité initiale et y parvenir. L'un d'eux, débile profond et pervers, avec prédominance de l'instinct morbide de l'opposition et de révolte allié à de la paresse morbide, a vécu pendant huit ans au quartier de sûreté dans une attitude d'hostilité et de quérulance qui paraissait irréductible, favorisée par une insuffisance profonde du jugement, de l'égotisme et une vanité exagérée. Au bout de cette longue période, oubliant la véhémence de ses incessantes récriminations, il a déclaré que, désireux d'obtenir sa sortie, «il se rendait puisqu'il n'y avait pas moyen de faire autrement». Depuis lors il se conduit normalement dans le service. Cet exemple pris entre plusieurs autres, illustres parfaitement la description que nous venons de donner.

Un adjuvant des plus précieux de la psychothérapie consiste dans le travail. H. Colin a bien établi son utilité et l'a placé au

tout premier plan de sa thérapeutique. Garnier et Cololian ont précisé son mode d'action dans les termes suivants: «Le travail est un traitement. Dans l'oisivité et l'inaction, le sujet perd toute préoccupation morale de s'affranchir, au contraire il recherche des moyens de fuite, de vengeance. Le travail anoblit même l'aliéné vicieux» (1). Certes, il n'est pas possible, puisqu'il s'agit de malades, de le rendre obligatoire au quartier de sûreté. Mais il appartient au médecin d'encourager les malades à s'y adonner. Ils sentent rapidement tout le bénéfice qu'il leur procure tant en satisfaction d'eux-même et en humeur rassérénée, qu'en gain dans le relèvement désiré par le médecin. Il sera d'autant plus facile de les inciter à un travail régulier, qu'ils sauront se créer par là des titres à une liberté que les oisifs ont peu de chance d'obtenir. En même temps que le travail les relève et accroît leur espoir d'une sortie finale, il développe chez eux des habitudes de vie calme, régulière et active que beaucoup d'entre eux avaient depuis longtemps perdues. R...., dont nous avons résumé l'observation dans le chapitre consacré à la législation, nous a avoué, après six années d'oisivité suivies de trois ans de travail régulier et conforme à ses aptitudes de dessinateur, qu'il «ne s'était jamais rendu compte qu'on pût avoir du goût à travailler et qu'il avait fallu qu'il vînt à l'asile pour apprendre cela».

Les habitudes de travail ainsi acquises donnent aux malades des chances de se créer ou de se refaire une activité normale quand ils seront de nouveau plongés dans le milieu social. L'action moralisatrice du travail se renforcera, s'il est effectué non pas seulement dans l'isolement complet ou presque complet comme à Villejuif, mais dans de vastes ateliers où il est fait en commun. Une des directives du traitement est de chercher à développer l'instinct de sympathie, l'instinct d'association. Si la vie en commun présente des dangers chez des malades à nocivité maxima, elle n'offre plus que des avantages quand l'atténuation de la nocivité est obtenue. Nous en voyons des preuves quotidiennes dans le fonc-

(1) Garnier et Cololian, Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses. Paris, 1901, p. 114.

tionnement de l'atelier unique installé dans le deuxième pavillon du quartier de sûreté de Hœrdt, où sont traités des malades améliorés. Cet atelier, contenant une quarantaine de travailleurs, est une ruche par l'activité qui y règne pour un rendement favorable. Le calme y est absolu, et aucun incident ne s'y produit jamais, bien que la surveillance y soit limitée au minimum nécessaire et discrètement exercée. La direction technique de l'atelier est confiée à un malade qui distribue la tâche et contrôle la production, sans soulever de critiques. Cette organisation n'entraîne aucun désordre.

Ceci nous amène à envisager une dernière directive du traitement : la recherche de l'adaptation sociale.

Beaucoup de psychopathes constitutionnels sont primitivement inadaptables, comme le prouve leur existence avant l'internement ou dans les périodes écoulées entre des internements successifs. Mais cette inadaptabilité a des degrés et des origines différentes suivant les formes cliniques. Les sujets à constitution paranoïaque, par le développement de leur hypertrophie du moi et leurs contacts malheureux avec la société, éprouvent des difficultés croissantes à maintenir une adaptation précaire, comme l'a montré Montassut. Ce sont plutôt des désadaptés. Les déséquilibrés, par leur instabilité et leur déséquilibre émotif, par les troubles profonds de leur affectivité, ne peuvent se faire une place dans une société qui exige la continuité et la domination de soi-même. Les débiles s'agrègent difficilement à un état social trop complexe pour leur déficience intellectuelle. Pour les pervers, Dupré a précisé en ces termes les raisons de leur inadaptabilité : «Que ce soit par inertie, paresse et incapacité de la maîtrise de soi, le pervers ne peut s'adapter aux nécessités de l'éducation, de la discipline de la vie commune, du travail personnel ou collectif, et il représente, selon la nature et les degrés des perversions instinctives associées aux anomalies de son caractère, un être extra-social ou plus ou moins souvent encore anti-social» (1). Nous appel-

(1) Dupré, Les perversions instinctives. Rapport au Congrès des aliénistes de Tunis, 1912.

lerons extra-sociaux les psychopathes qui, par défaut d'instinct d'association, préfèrent la vie solitaire et vivent volontiers en marge de la société. Les para-sociaux avec insuffisance de l'instinct d'association, restent en contact avec la collectivité sans la fuir, mais satisfont leurs tendances, leurs besoins psychiques ou organiques sans souci des perturbations qu'ils causent dans le milieu où ils vivent. Ceux-ci ne nuisent à la société par leurs actes que secondairement et par voie de conséquence. C'est le cas par exemple, des paresseux morbides, des parasites sociaux. Ils affirment leur moi dans l'éloignement et le dégoût du travail. Cependant l'instinct de conservation, leurs besoins physiologiques tendent impérieusement à se satisfaire, d'où la délinquance.

Les pervers amoraux réalisent le type le plus net de l'être anti-social. Il y a chez eux déviation de l'instinct d'association. Ils se plaisent à nuire à la société, sont en révolte ouverte avec elle, avec la discipline qui s'impose à tous ses membres. Ils sont foncièrement anti-sociaux, non pas seulement par leurs actes, mais par la nature de leurs tendances morbides.

Nous venons d'étudier en raccourci l'inadaptabilité des psychopathes constitutionnels. Cette étude nous a montré la liaison étroite qui existe entre l'inadaptabilité et l'insociabilité, puisque c'est la lésion de l'instinct d'association qui détermine ces deux caractères.

Ces caractères appartiennent aux psychopathes tant que ceux-ci évoluent en liberté. Mais, ils sont les leurs à des degrés très divers. S'il y a des individus qui sont originellement anti-sociaux et inadaptables comme ils sont inintimidables, il y en a d'autres dont l'inadaptabilité peut être modifiée. Ce sont les mêmes que nous avons vu accessibles à l'intimidation; ce sont ceux dont nous venons de montrer que leur nocivité peut être diminuée dans une mesure importante, quelquefois même supprimée .La réduction de la nocivité va de pair avec la réadaptation sociale. La possibilité de cette réadaptation étant démontrée, par quels moyens thérapeutiques sera-t-elle obtenue? Nous ne reviendrons pas sur les autres directives du traitement que nous avons déjà étudiées, bien qu'elles interviennent également pour faciliter l'adaptation. Tout se tient dans cette thérapeutique spéciale. Cependant, il y a une partie du traitement qui peut être mise en œuvre du mo-

ment où la nocivité des malades est éteinte ou ramenée à un minimum.

Nous avons déjà signalé combien il était dangereux de faire passer brusquement un malade que l'isolement a amélioré, dans le tumulte de la vie sociale, d'une existence simplifiée et encadrée au maximum aux difficultés de l'existence en liberté. Si une comparaison nous était permise, nous la trouverions dans la situation d'un opéré de cataracte que l'on débarrasserait tout d'un coup de son bandeau protecteur sous prétexte que la vision lui est rendue. La suppression de la progressivité dans la réadaptation à la lumière entraînerait une catastrophe. Il en est de même de nos malades, qu'il faut conduire peu à peu vers le moment où ils seront aptes à supporter la vie du dehors. Comment entendons-nous ici la progressivité? Nous avons vu que chez nos malades l'instinct d'association est altéré. C'est la récupération de l'instinct d'association normal que le médecin doit rechercher. Pour y parvenir, il doit, au sortir de l'isolement initial, placer les malades dans des groupes peu nombreux d'abord, puis plus étendus en choisissant soigneusement les compagnons d'existence. Il doit créer autour du malade des milieux de plus en plus complexes autant que le permet le cadre de la vie asilaire. Pour cela, il doit établir des étapes successives, au cours desquelles le malade est soumis à un régime de liberté croissante dans des sections différentes d'un même pavillon, puis dans des quartiers différents, — ce régime correspondant à des conditions de vie toujours plus compliquée, en partant de cette idée que les difficultés qui se présentent à l'activité des malades augmentent précisément avec la libéralité du régime. En même temps, le travail, qui doit toujours être continué, sera organisé en collectivité, et l'on choisira des travaux de plus en plus difficiles ou se rapprochant de plus en plus du genre de travail que le malade sera appelé à effectuer en liberté. C'est dire qu'il faudra introduire dans l'établissement des travaux qui soient susceptibles de fournir au futur ouvrier des moyens d'existence suffisants. Dans une dernière étape, le malade, après une série de passages successifs, devra être amené dans un quartier à peu près libre, et affecté à des travaux extérieurs relevant de son métier autant que possible. Le jour où le succès aura couronné ces tran-

sitions successives, et où la commission médicale des sorties aura constaté la disparition de la nocivité et l'aptitude à une nouvelle adaptation, le malade n'éprouvera pas de difficultés à passer de l'asile à la vie libre. La transition sera insensible, ce qui donnerait une chance de conservation des résultats obtenus par le traitement et des acquisitions faites par le malade au point de vue social.

Nous avons précisé à la fois les directives du traitement et la manière dont il doit être conduit. Ces directives sont: l'intimidation, la recherche de l'innocuité et de l'adaptation sociale, par l'isolement initial; la psychothérapie, le travail, la mise en contact avec des milieux collectifs de complexité croissante.

La possibilité d'atteindre les buts que vise cette thérapeutique n'est pas une vue de l'esprit; elle s'appuie sur des résultats constatés, que nous allons chiffrer en faisant la statistique des sorties du quartier de sûreté de Hœrdt depuis dix ans.

Dans ce laps de temps, 157 malades traités au quartier de sûreté ont quitté l'établissement. Pour juger les résultats du traitement il convient de déduire 48 décédés, 37 transférés, 6 évadés, soit 91 au total. Le nombre des sorties est de 66. Sur ce nombre de 66, neuf malades étaient atteints de psychoses guéries: 5 guérisons se sont maintenues, d'après les renseignements recueillis; on n'a plus eu de nouvelles des 4 autres. 57 étaient des psychopathes constitutionnels appartenant aux divers groupes de notre classification. 23 de ces sorties ont été suivies de résultats favorables qui ont été confirmés dans la suite; dans 16 cas, nous ne possédons aucun renseignement; aussi n'avons nous pas cru pouvoir les retenir comme des cas favorables, bien que ce silence nous y eût autorisé; car d'une façon générale, des renseignements sont toujours demandés par l'autorité judiciaire ou administrative en cas de récidive ou de rechute. Douze fois des poursuites judiciaires ont été intentées à nouveau un temps variable après la mise en liberté; six fois un nouvel internement a été nécessaire. La proportion des succès du traitement par rapport au nombre des sorties est de 31,8%.

Il nous a paru utile de compléter cette statistique par une autre indiquant le nombre de malades dont la nocivité a diminuée au point de permettre leur passage du quartier de sûreté dans un quartier ordinaire de l'établissement. Le nombre de ces derniers

est de 89, parmi lesquels 42 atteints de psychoses diverses qui après une observation suffisante, ont été reconnus n'être pas à leur place dans le quartier de sûreté. Les 47 autres sont des psychopathes constitutionnels. Il est regrettable que des circonstances matérielles (encombrement des locaux) n'aient permis que depuis trois ans d'utiliser un unique quartier ordinaire à réadapter les malades améliorés dont la sortie est susceptible d'être envisagée. Depuis quelque temps, nous constatons que les résultats les plus favorables sont fournis par des malades qui ont séjourné dans ce quartier ordinaire un temps assez long, rarement inférieur à un an.

Notons qu'un certain nombre de psychopathes constitutionnels sortis avaient obtenu leur liberté alors qu'ils étaient encore au quartier de sûreté, et ne figurent pas par conséquent au nombre de 47 malades dont nous venons de parler. Nous croyons qu'un traitement appliqué intégralement dans tous les cas, aurait amélioré notre statistique.

La durée du séjour au quartier de sûreté pour les malades sortis a varié entre 18 mois et 7 à 8 ans.

## ORGANISATION MATÉRIELLE.

Nous avons décrit les services spéciaux existants, les lacunes qu'ils présentent, et montré l'instabilité des quartiers de sûreté sous le régime légal en vigueur. Cette étude était une préface à la détermination de ce que doit être, à notre avis, un service pour aliénés criminels et difficiles.

Les services existants ont été créés en partant d'idées très différentes, et cette diversité se traduit dans leur fonctionnement et dans leur utilisation. A cette divergence doit et peut être substituée, pensons-nous, l'unité de conception à point de départ clinique : l'organisation d'un quartier de sûreté pour aliénés criminels et difficiles doit répondre à des principes cliniques et thérapeutiques bien précisés. C'est pourquoi nous avons d'abord délimité les catégories de malades qui doivent y être admis, pour poser les règles du traitement à appliquer. Ce sont ces principes généraux qui décideront de l'organisation matérielle des services pour aliénés -criminels et difficiles. Nous croyons être en mesure de présenter une conception rationnelle du quartier de sûreté que nous allons exposer.

Notons au préalable que, au cours des études sur l'existence des aliénés criminels et difficiles, on a employé assez indifféremment les termes : asile-prison, asile de sûreté et quartier de sûreté pour désigner un même établissement .En réalité ces dénominations ne sont pas équivalentes.

Le mot d'asile-prison n'a pas trouvé place dans le projet de loi, c'est avec raison, croyons-nous. Par contre le projet gouvernemental le plus récent prescrit la création d'annexes psychiatriques des prisons, que nous voudrions voir réserver aux condamnés devenus aliénés en cours de peine. Si ces annexes psychiatriques, que certains envisagent comme une organisation peu étendue, viennent à prendre de l'importance et à devenir de véritables établissements autonomes sous le régime pénitentiaire, c'est à eux qu'on devrait donner le nom d'asile-prison. Leur étude est en dehors de notre programme et nous ne nous y arrêterons pas.

Que doit-on préférer : un asile ou un quartier de sûreté rattaché à un établissement d'aliénés ordinaires? L'asile de sûreté, établissement central d'Etat analogue à l'asile de Broadmoor, a été préconisé. Il nous semble présenter de sérieux inconvénients. Un asile de sûreté, en effet, doit contenir une population importante pour fonctionner dans des limites de prix de journée raisonnables. Or, il peut être dangereux de réunir dans un seul établissement un trop grand nombre d'aliénés criminels, d'aliénés vicieux et difficiles. D'autre part, on n'est pas assuré d'y trouver le nombre de malades nécessaire pour l'exécution des travaux extérieurs de façon à satisfaire à tous les besoins de l'établissement. Si on y faisait concourir des malades insuffisamment améliorés, cela exigerait une surveillance difficile, par un personnel nombreux entraînant des dépenses trop élevées. Le travail ne remplirait pas dans ces conditions le rôle thérapeutique que nous lui avons assigné. Enfin ,— et c'est une considération d'ordre administratif importante par les répercussions financières, — un asile de sûreté ne peut comporter qu'un seul sexe, alors qu'il est de règle que la gestion est beaucoup plus économique dans un établissement contenant les deux sexes. C'est pour ces raisons que nous donnons la préférence au quartier de sûreté, de population plus restreinte. Les travaux nécessaires étant effectués par des aliénés ordinaires, il est possible de n'affecter à ceux qui ne sont pas sans offrir quelque danger que des malades très améliorés, sur le chemin de la réadaptation sociale. Il y a intérêt, d'autre part, à rendre facile le passage du quartier de sûreté dans un quartier ordinaire, et inversement le retour au quartier de sûreté en cas d'échec dans le traitement. Les malades se rendent mieux compte

des étapes nécessaires pour leur traitement, ce qui en augmente l'efficacité. Ils restent sous la même direction médicale, pour leur plus grand avantage. Enfin, on évite par là des transferts onéreux d'un établissement à l'autre. Pour que l'organisation des quartiers de sûreté donne les résultats désirables, il convient de créer des quartiers de sûreté régionaux rattachés à un asile ordinaire, où l'on centralise tous les aliénés criminels ou vicieux et difficiles d'une circonscription administrative. Remarquons à ce propos qu'il paraît désirable d'éviter de choisir un asile trop voisin d'une grande ville, pour les raisons que nous avons fait valoir après avoir décrit la 3e section de l'asile de Villejuif.

Examinons les dispositions que devra affecter le quartier de sûreté. Ainsi compris, ce service sera établi sur un emplacement suffisamment séparé du reste de l'établissement, de façon que tous les pavillons soient groupés dans un ensemble et non distribués suivant une idée de symétrie architecturale.

Le quartier de sûreté ne devra pas être réduit à un bâtiment unique; il comportera plusieurs pavillons, entre lesquels les malades seront répartis suivant les groupes cliniques et suivant les nécessités du traitement.

Un pavillon central contiendra: le service d'admission, une infirmerie centrale, une salle d'alitement et de surveillance continue. Seront disposés autour du pavillon d'admission les pavillons suivants: un pavillon pour les malades atteints de psychoses diverses, un quartier cellulaire, trois pavillons de travailleurs avec régime de liberté croissante, dont le dernier précède l'accès dans un quartier ordinaire.

Cette multiplication des pavillons demande à être justifiée. Tout d'abord notre statistique générale des malades internés au quartier de sûreté nous a révélé un nombre très élevé de psychoses diverses, surtout délirantes ou démentielles. Nous avons montré, dans le chapitre précédent, que ces psychoses ne sont pas justiciables du même traitement que les psychopathies constitutionnelles. La thérapeutique est la même pour elles que dans un asile ordinaire. Il en découle cette conséquence que les malades atteints de psychoses doivent être complètement séparés des psychopathes constitutionnels, alcooliques, épileptiques simples ou à réactions dangereuses, en un mot de tous les malades qui ont conservé

leur intégrité intellectuelle et dont l'intelligence peut être insuffisante à des niveaux divers, mais n'est pas altérée. D'où la nécessité, pour les psychoses diverses, d'avoir un pavillon spécial installé de façon à permettre le même traitement que dans un asile ordinaire avec renforcement de la sécurité.

Les autres bâtiments sont réservés aux psychopathes constitutionnels, alcooliques et épileptiques. Depuis le quartier cellulaire jusqu'au dernier pavillon de travailleurs précédant le passage au quartier ordinaire, ils correspondent à toutes les étapes du traitement que nous avons décrites. Les malades de nocivité maxima trouvent leur place au quartier cellulaire. A mesure que la nocivité s'atténue et que l'intimidation et la psychothérapie agissent, ils passent dans le premier quartier de travailleurs avec isolement moins absolu, mais sans vie collective encore organisée. Dans une nouvelle étape, ils arrivent au deuxième quartier de travailleurs, où la vie collective est organisée en petits groupes d'importance croissante et où le travail est déjà d'un niveau plus élevé. Un nouveau stade dans l'adaptation progressive s'écoule dans le troisième pavillon de travailleurs, où la vie collective est instituée aussi largement que possible dans un régime de plus grande liberté, et où les ateliers fournissent l'occasion d'exercer des métiers analogues à ceux pratiqués dans la vie libre. Il est bien entendu que lorsque la nocivité est moindre dès le début, les malades peuvent passer directement du service d'admission au premier quartier de travailleurs, sans entrer au quartier cellulaire. Ce quartier cellulaire n'est qu'un quartier de passage pour les intimidables; seuls y font un séjour prolongé les malades foncièrement inintimidables et rébelles à tout traitement.

Le schéma que nous venons d'esquisser a pour but de montrer la hiérarchisation nécessaire des pavillons, qui s'échelonnent dans une chaîne continue, dont chaque maillon marque un progrès dans l'amélioration des malades, vers l'adaptation sociale. Tous ces pavillons sont nécessaires; que l'un d'eux fasse défaut, on risque d'avoir des mécomptes dans l'efficacité du traitement.

Tous les malades, certes, ne parcourent pas cette chaîne. Même si la proportion en est moins élevée qu'on ne pourrait le désirer, notre statistique des sorties montre que cette proportion est néanmoins suffisante pour justifier une organisation complète

du quartier de sûreté et les dépenses qu'elle nécessite. Même les malades qui restent en route présentent une certaine amélioration, et l'expérience nous a prouvé que le nombre de ceux qui restent irréductibles dans leur nocivité est relativement peu important.

Il nous reste maintenant à préciser dans les grandes lignes comment nous envisageons la disposition intérieure de chaque pavillon.

1° *Pavillon d'admission.* — Le service d'admission occupera un pavillon spécial, il comprendra exclusivement des chambres individuelles permettant d'observer les entrants pendant une période variable qui ne dépassera pas deux à trois mois: ce laps de temps est suffisant, à de rares exceptions près ,pour apprécier la psychologie morbide d'un malade et son comportement. Ce service comprendra un cabinet médical avec laboratoire qui centralisera les examens pour tous les internés du quartier de sûreté. Nous n'insistons pas sur les installations sanitaires, sur le chauffage central, qui doit être installé toutes tuyauteries masquées dans les murs. Les chambres individuelles doivent être aménagées selon les règles de sécurité les plus strictes. Il y a intérêt à adopter la disposition avec double porte, permettant l'accès du personnel des deux côtés. Comme l'éclairage par le vitrage des portes serait insuffisant, il convient de l'assurer par des dispositifs qui peuvent varier, mais qui comportent toujours l'emploi des fenêtres de Hitzig à vitres épaisses incassables. Il doit être possible de faire effectuer dans l'isolement un travail n'exigeant qu'un matériel simple et sans danger. Les chambres peuvent s'ouvrir d'un côté sur une galerie ouverte donnant sur une cour de promenade; elles sont à coins arrondis avec forme de préférence un peu prismatique. Elles contiendront un siège de W. C. disposé de façon à empêcher toute détérioration et à ne pas permettre soit l'évasion par les canalisations, soit le suicide par l'introduction prolongé de la tête dans la cuvette. Il y a avantage à ce que la literie ne soit pas uniforme avec lits fixés au sol; il faut pouvoir modifier en quelques instants le couchage des malades suivant leurs réactions: literie complète s'il sont calmes, réduite à l'indispensable en cas d'agitation. Le meilleur dispositif de chauffage consiste dans de larges plaques métalliques rivées dans le mur, protégeant les radiateurs

placés dans l'épaisseur de la paroi et servant de plaques chauffantes. Eclairage électrique par plafonniers. Signalons encore que le sol, le plafond et les murs de séparation des chambres doivent contenir dans leur épaisseur une matière isolante pour supprimer une sonorité fâcheuse et toute communication d'une chambre à l'autre.

Les dispositions que nous venons de retracer à grands traits auront l'avantage de supprimer les grilles intérieures et les barreaux des fenêtres, et d'enlever au service d'admission l'apparence rébarbative d'une demi-prison. Ce service doit conserver l'aspect d'établissement médical, seul favorable pour l'état mental des internés.

Notons encore en passant quelques détails particuliers qui doivent être reproduits dans d'autres pavillons et sur lesquels nous n'aurons pas à revenir.

Les portes des chambres doivent avoir une épaisseur suffisante pour résister à toutes les poussées répétées susceptibles de les détériorer : il faut compter en effet avec l'instinct de destructivité de certains agités. Pour éviter que des malades ne puissent être blessés en introduisant la main ou le pied dans l'interstice entre la porte et le chambranle au moment de la fermeture, nous trouvons excellent le mode d'encastrement des portes employé au quartier de sûreté de Hœrdt. Le chambranle est métallique avec une gouttière dans laquelle roule comme dans une glène le bord axial de la porte. Pas de gonds ni de pentures : la porte tourne autour d'un axe situé sur son bord arrondi dont les pôles sont reçus dans des cupules métalliques fixées au sol et à la porte. Il n'existe ainsi aucun intestice. Les portes s'ouvrent vers le dehors avec serrure uniquement extérieure.

Ce n'est que dans une région où abondent les aliénés criminels, vicieux et difficiles, comme le département de la Seine, que le nombre de lits du service d'admission sera assez élevé pour occuper tout un pavillon. Dans les autres régions il pourra être plus réduit, et il y aura avantage, à la fois pour des motifs financiers et pour des raisons d'opportunité, à affecter une partie du pavillon central à d'autres services : une infirmerie pour maladies intercurrentes, une section d'observation continue et d'alitement pour traiter les malades suspects de suicide, les états d'agitation

à caractère maniaque, dans les cas où l'intensité des réactions ne permettrait pas le placement temporaire dans un service d'alitement d'un quartier ordinaire. Comme ces états surviennent par intervalles aussi bien chez les psychopathes constitutionnels que chez des malades atteints de psychoses, il est préférable d'avoir un service central commun à toutes les parties du quartier de sûreté, où seront réunis tous les moyens de traitement qui conviennent aux états dépressifs, anxieux, aux bouffées délirantes ou confusionnelles passagères. Nous éviterons ainsi de compliquer inutilement chaque pavillon par des installations qui lui seraient propres et seraient parfois susceptibles de ne servir jamais.

Ce service central d'alitement pourra trouver place au premier étage du pavillon d'admission. Il sera organisé comme dans un asile ordinaire répondant aux conceptions les plus récentes, avec cette particularité qu'au lieu d'une salle d'alitement unique, il y aura plusieurs petites salles d'alitement de 4 à 5 lits au plus et orientées autour d'une salle de bains commune permettant la balnéothérapie prolongée. Ces indications nous dispensent d'une description qui serait superflue, puisque ce service ne comportera aucun aménagement propre au quartier de sûreté.

L'infirmerie pour malades intercurrentes trouvera sa place, de préférence, dans une section du pavillon d'admission située au rez-de-chaussée du bâtiment à côté du service d'admission, mais complètement indépendante de celui-ci. Cette infirmerie comprendra plusieurs petits dortoirs et quelques chambres d'isolement, de façon à séparer les malades atteints de psychoses des autres, suivant le principe général que nous avons établi. A cette section seront annexés : une salle d'opération avec ses dépendances, des salles de pansements et d'examens. Cette section doit comporter un réfectoire, une salle de jour et un petit jardin pour convalescents.

2° *Pavillon pour malades atteints de psychoses.* — Ce pavillon, avons-nous dit, recevra les cas de psychoses qui ne peuvent être placés dans un quartier ordinaire directement au sortir de l'admission, et ceux qui n'ont pas besoin d'un traitement durable ou passager dans le service d'observation et d'alitement continu. La restriction que nous apportons ici facilite beaucoup la conception de ce pavillon. Nous pensons qu'il doit être aménagé comme un

pavillon similaire pour malades calmes ou demi-calmes d'un asile ordinaire, avec quelques dispositifs de sécurité imposés par la nocivité de ses occupants. Nous envisageons sa disposition intérieure telle qu'elle est réalisée à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais. Ce bâtiment devrait comprendre : au rez-de-chaussée, un grand hall central coupé en deux pour fournir un réfectoire et une salle de jour. D'un côté, ouverture sur le jardin ; de l'autre côté du hall seraient distribuées des chambres individuelles et de petites salles de travail, chacune d'un nombre restreint de places. Au premier étage de petits dortoirs de 4 lits au maximum et des chambres individuelles. Autour du hall, une galerie pour la circulation du personnel de service. Les chambres ne comporteront qu'une seule porte et seront munies de fenêtres à guillotine placées assez haut et manœuvrées de l'extérieur. L'éclairage et l'aération seront assurés aussi largement que possible par des portes vitrées du côté du jardin et par l'emploi de baies garnies de vitres épaisses. Le bâtiment aurait ainsi un aspect assez gai malgré la suppression de l'open-door. Fenêtres de Hitzig dans les dortoirs, et d'une façon générale dans toutes les ouvertures donnant sur l'extérieur.

3° *Pavillon cellulaire.* — Dans ce pavillon, nous nous préoccuperons de multiplier les dispositifs de sécurité, en même temps que nous aurons le souci d'assurer les meilleures conditions d'hygiène à des malades dont certains devront y faire un séjour prolongé. Il est à craindre, en effet, qu'un isolement de longue durée n'agisse défavorablement sur la santé physique des malades. Les cellules doivent être comprises de façon à procurer une sécurité complète et à permettre en même temps une large insolation et aération. Cette double condition, difficile à réaliser, doit faire l'objet d'études spéciales pour que le but soit pleinement atteint. Nous ne pouvons entrer ici dans des détails d'aménagement qui exigent une collaboration étroite de l'architecte avec le médecin. Quoi qu'il en soit, la meilleure disposition à donner à ce pavillon nous paraît être la suivante : un bloc contenant à chaque étage deux rangées de cellules et divisé en deux par un couloir central. Tout autour un couloir extérieur faisant, à chaque étage, le tour du bâtiment et servant à la surveillance et à la circulation

du personnel. Le bâtiment serait entouré sur toutes ses faces d'une grande cour limitée par un mur assez haut et divisée en petites cours indépendantes les unes des autres, pour permettre la promenade de plusieurs malades en même temps. Au rez-de-chaussée, sur une face du bâtiment, sont réunis les services du pavillon de part et d'autre de l'entrée principale. Ni réfectoires, ni dortoirs, l'isolement devant être complet. Les fenêtres de Hitzig sont à multiplier autant que possible dans le couloir de pourtour. Il est désirable même que chacune d'elles soit située en face d'une cellule, de façon à donner une vue sur le dehors. De ce côté, la porte de chaque cellule doit être encadrée d'un vitrage fait de fenêtres de Hitzig à panneaux étroits mobiles autour d'un axe vertical, facilitant la surveillance et favorisant l'aération suivant le dispositif de la 3e section de l'asile de Villejuif. Outre cette porte, chaque cellule doit en avoir une autre donnant sur le couloir intérieur, et disposée de façon que le malade puisse être observé sans suivre lui-même les mouvements du personnel. Tout doit être prévu de façon à faciliter la surveillance : il est inutile de diviser le pavillon en plusieurs sections ; il importe même d'éviter le sectionnement, de façon à supprimer tout coin obscur et à permettre aux surveillants de se porter au secours d'un collègue en cas de besoin avec la plus grande rapidité. Nous n'avons pas à répéter ici ce que nous avons dit de l'aménagement nécessaire des chambres d'isolement du service d'admission ; les mêmes dispositions doivent être adoptées, à cela près que la literie métallique est proscrite du pavillon cellulaire.

Le travail doit être organisé systématiquement d'une façon individuelle. S'il ne peut être rendu obligatoire, du moins les malades doivent-ils être encouragés à s'y livrer. Il est effectué dans la cellule même dont on a enlevé la literie, de façon à la transformer pour le jour en atelier dont l'occupant peut fumer sans risque d'incendie. Il ne peut être effectué dans ce pavillon que des travaux faciles n'exigeant pas de matériel dangereux.

4° *Premier pavillon de travailleurs.* — Dans ce pavillon toute l'importance est donnée au travail. Tout le rez-de-chaussée sera occupé par des ateliers organisés comme ceux de la 3e section de l'asile de Villejuif. Chacun d'eux est affecté à deux malades, trois

au plus, travaillant en commun. Les ateliers sont disposés côté à côté en deux rangées de part et d'autre d'un couloir central. Ils sont pourvus de deux portes : l'une intérieure sur le couloir, l'autre extérieure sur une galerie ouverte qui donne accès dans l'un des deux jardins du pavillon. A une extrémité de cette double file d'ateliers se trouvent quatre réfectoires. Au premier étage existent deux dortoirs de 4, et deux de 6 lits ; en outre de ces dortoirs, des chambres individuelles, pour tenir compte de ce fait qu'un certain nombre de malades doivent encore être isolés la nuit : il faut éviter soigneusement les pratiques homosexuelles. Ici encore nous retrouverons les mêmes dispositions de sécurité qu'au service d'admission. Les travaux mis à la portée des malades seront encore simples, mais on choisira un genre d'occupation (cartonnage ,etc.), qui comporte un outillage un peu plus compliqué, en prenant toutes précautions pour éviter que les outils ne soient dissimulés ou ne servent d'armes. Du fait de la dissémination des ateliers, plusieurs sortes de travaux différents pourront être confiés aux malades suivant leurs aptitudes. La distribution des malades en très petits groupes dans les ateliers et les dortoirs sera faite par le médecin qui aura constamment présents à l'esprit la psychologie de chaque malade, ainsi que les groupes cliniques de la classification. C'est sur ces bases qu'il assignera sa place à chaque malade, en évitant de mettre en contact des aliénés suggestibles avec des pervers, des déséquilibrés émotifs avec des impulsifs, etc..

5° *Deuxième pavillon de travailleurs.* — Le régime y étant plus large, les dispositions matérielles doivent être modifiées. Nous y trouverons plusieurs ateliers où les malades seront répartis par groupes de 10, appliqués à des travaux variant avec chaque atelier. Il est désirable, plutôt que de confier aux malades des outils individuels, de les placer dans des conditions rappelant celles du travail industriel fait avec des machines. Ici, aux réfectoires plus grands s'accoleront des salles de jour, où les malades pourront trouver des distractions variées : jeux divers, lectures, travail intellectuel, dessin, correspondance, etc.. Une cour-jardin permettra la promenade en commun aux heures de récréation.

Au premier étage seront situés les dortoirs, en nombre suffisant pour que chacun contienne tantôt 4 lits, tantôt 6 lits. Il n'y

aura plus de chambres individuelles. Le règlement spécial à ce pavillon devra consacrer un régime un peu plus libéral que dans le pavillon précédent.

6° *Troisième pavillon de travailleurs.* — Ce pavillon, qui prépare le passage dans un quartier ordinaire, aura un régime de grande liberté à l'intérieur. Le travail sera plus complexe, effectué en collectivité étendue dans deux ou trois ateliers. Deux réfectoires et deux salles de jour pourront contenir une population nombreuse. Les dortoirs du premier étage pourront être plus grands et être affectés à une vingtaine de malades. Le pavillon sera entouré d'un jardin, dans lequel on pourra autoriser des travaux de culture pour les malades qui y seront aptes. Ici, à l'encontre des pavillons précédents qui devront être entourés de murs de hauteur variable suivant l'affectation des bâtiments, on pourra entourer le jardin d'un saut-de-loup large et profond doublé extérieurement d'une grille dont les pointes recourbées à l'intérieur, empêcheront toute évasion. Aux heures de récréation, les malades peuvent circuler entre les salles de jour et le jardin.

Les grandes lignes de la répartition et de l'aménagement des pavillons que nous venons d'esquisser sont les fruits d'une expérience patiemment et lentement acquise à l'occasion des incidents quotidiens observés au quartier de sûreté de Hœrdt, et de chacun desquels on pouvait tirer une leçon. Ces incidents ont fait mesurer pendant plusieurs années les lacunes de l'organisation existante et ont permis de mûrir les besoins de ce service. Les résultats obtenus malgré ces lacunes par la thérapeutique que nous avons précisée, nous font penser que, si l'on avait eu en mains un quartier de sûreté complet et conçu comme nous venons de l'exposer, l'efficacité du traitement aurait été plus considérable.

Nous croyons avoir démontré en cours de ce travail, par nos documents statistiques, par les résultats d'une thérapeutique que nous voyons appliquer chaque jour depuis trois ans, que le quartier de sûreté ne doit pas être un service d'exclusion de la vie sociale pour psychopathes dangereux et inintimidables, mais qu'il doit être organisé en vue de la guérison sociale, et qu'il est susceptible de rendre à la société un certain nombre de malades après réadaptation.

A la conception du quartier de sûreté qui est devenue la nôtre, on pourrait objecter que la construction d'un tel service à pavillons multiples serait très onéreuse. Faisons remarquer, en réponse à cette objection possible, que le quartier de sûreté régional sera créé par la coopération de plusieurs départements selon les prescriptions du projet de loi gouvernemental. Cette coopération, dans laquelle chaque département apportera sa participation financière, sera de nature à atténuer sensiblement les charges qui pèseront sur chacun d'eux.

## CONCLUSIONS.

I. — La construction des quartiers de sûreté destinés à l'assistance des aliénés criminels, difficiles et dangereux est d'une nécessité absolue.

II. — Bien que cette assistance soit possible sous le régime légal actuel, comme le prouve le fonctionnement de la 3e section de l'asile de Villejuif et du quartier de sûreté de Hœrdt, le traitement ne peut être conduit comme il convient, par suite des lacunes de la législation. La sortie des aliénés criminels et dangereux est trop facile; le fonctionnement de la Commission médicale des sorties, l'emploi étendu des sorties d'essai n'obvient aux lacunes de la loi que très imparfaitement. Il est nécessaire de substituer à la législation actuelle un nouveau régime légal qui protège la société contre les aliénés criminels, difficiles et dangereux en se basant sur le critérium de leur nocivité.

III. — Les quartiers de sûreté ne doivent pas être des établissements destinés uniquement à retenir des malades qu'il est nécessaire d'exclure de la vie sociale; ils doivent être des établissements de traitement. Les directives de ce traitement sont: la recherche de la diminution de la nocivité, ou de sa suppression quand elle est possible; la recherche de la réadaptation sociale. Les moyens thérapeutiques sont: l'intimidation, la psychothérapie, le travail, l'agrégation à des milieux de complexité croissante, sous direction médicale.

IV. — L'organisation des quartiers de sûreté doit s'adapter aux besoins du traitement et d'être subordonnée à ses directives. Plusieurs pavillons sont nécessaires pour assurer une répartition rationnelle des malades suivant les variétés cliniques, et pour favoriser l'amélioration et la réadaptation sociale progressives. Un quartier de sûreté doit comprendre : un service d'admission, un service de malades dangereux atteints de psychoses, un pavillon cellulaire, plusieurs pavillons de travailleurs aménagés de façon que chacun corresponde à une étape vers l'adaptation sociale. Cette conception, opposée à celle de l'asile-prison, lui est bien supérieure ; elle est seule susceptible de récupérer des malades que la clinique révèle intimidables et améliorables.

---

Vu : Le Président de thèse :
Prof. PFERSDORFF

Vu : le Doyen :
P. MERKLEN

Vu, et permis d'imprimer :

Strasbourg, de 30 juin 1932.

Le Recteur d'Académie,
Président du Conseil de l'Université :
J. DRESCH